



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Consideración de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud materno infantil en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchilán, Cotopaxi-Ecuador

Ana Lucía Quiroz Hidrovo



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**

Consideración de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud materno infantil en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchilán, Cotopaxi-Ecuador.



Tesis Doctoral

Ana Lucía Quiroz Hidrovo

Directoras

Dra. Dolores Rodríguez Martín

Dra. Cristina Larrea Killinger

Tutora

Margarida Pla Consuegra

Barcelona, 2023

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

Programa de Doctorado en Enfermería y Salud

Consideración de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud materno infantil en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchilán, Cotopaxi-Ecuador.

Presentada por
Ana Lucía Quiroz Hidrovo

Directoras

Dra. Dolors Rodríguez Martín
Dra. Cristina Larrea Killinger

Tutora

Margarida Pla Consuegra

Barcelona, 2023

“Somos como la paja de paramo que se arranca y vuelve a crecer ... y de paja de páramo sembraremos el mundo”

Dolores Cacuango. Mujer y Líder Indígena

“Hay que luchar por todos equitativamente, bonitamente, horadamente y racionalmente”

Transito Amaguaña. Mujer y Líder Indígena

Agradecimientos

Luego de varios años de trabajo, seguramente muchas personas aportaron con un granito de arena a esta tesis, y seguro este agradecimiento no hace justicia a todos y cada uno de ellos.

Pero en todo caso quiero empezar agradeciendo principalmente a Dios y María, mis principales referentes espirituales y que son la guía de mi vida, gracias por guiarme e inspirarme cada día.

A mis directoras Cristina Larrea Killinger, por su sabiduría y sus orientaciones tan acertadas en el campo de la Antropología. A Dolores Rodríguez Martín, por estar en todo momento, gracias por ponerlo todo hasta el final, gracias por creer que esto era posible, cuando personalmente ya no creía, sin ustedes hoy esta tesis no estaría aquí.

A mi familia mi madre María y al Papi “Gonza” que están en el cielo, gracias por ser mis ángeles, los extrañé cada día durante este trabajo. A mi compañero de vida, Salvador gracias por montarte en este barco conmigo, gracias por tu paciencia y apoyo, el camino no fue fácil, pero ya está. A mi otra Madre Eugenia gracias por su inmenso amor y sus oraciones que desde la distancia fueron mi mayor motor. A mis hermanas Verito y Eugenita, al Papá, de quienes siempre sentí su apoyo y compañía, los amo.

A mis amigas Teresita Z., Teresa Ch. Sofí, Julietita, Ana, gracias por su ayuda en los diferentes momentos de esta tesis. Cada una fue parte de este trabajo a su manera, las quiero.

Y por su puesto a mi país y a todas las instituciones que hicieron posible este trabajo, especialmente a las mujeres por regalarme con generosidad su conocimiento y su tiempo y a todos los miembros de la comunidad que me abrió sus puertas gracias por ser vecinos y cuidarme, siempre me sentí bien. A la Clarita y toda su familia (mi segunda familia) que durante varios meses me acogieron y me ayudaron. A todo el personal del centro de salud por abrirme sus puertas especialmente a los TAPS.

Y finalmente no puedo dejar de agradecer a quienes fueron la base en este proceso y llevaron luz a los momentos más oscuros, sé que ustedes no saben todo lo que me ayudaron. Gracias especiales a Ana mi psicóloga, definitivamente sin ti no estaría aquí.

Índice

	Introducción.....	13
1	Marco Teórico.....	17
1.1.	Interculturalidad	17
1.1.1.	Interculturalidad en salud.....	19
1.1.1.1.	La interculturalidad y el Sumak Kawsay	24
1.1.1.2.	Interculturalidad, <i>Sumak Kawsay</i> y Diálogo de Saberes	27
1.1.2.	Modelo de atención sanitario en el Ecuador y atención primaria de salud.....	28
1.1.2.1.	El Enfoque de la Atención Primaria de Salud en el MAIS-FCI.....	30
1.1.2.2.	El enfoque intercultural en el MAIS-FCI	30
1.2.	Proceso salud/enfermedad/atención-promoción.....	34
1.2.1.	Modelos y sistemas de atención de la salud	37
1.2.1.1.	Sector profesional - Modelo medico hegemónico	39
1.2.1.2.	Sector <i>folk</i> - Modelo subalterno	41
1.2.1.3.	Sector popular - Modelo de autoatención	43
1.2.1.4.	Cuidados Lego y cuidados genéricos	45
1.2.1.5.	Automedicación.....	47
1.2.1.6.	El rol materno en la autoatención	48
1.2.2.	Trayectoria de atención/itinerario terapéutico	50
1.3.	La interculturalidad desde la perspectiva del cuidado enfermero.....	51
1.3.1.	Los Cuidados Culturales y la Atención Culturalmente Congruente.....	52
1.3.1.1.	El Modelo del Sol Naciente.....	55
1.3.2.	El proceso de Competencia Cultural	58
1.3.3.	El rol de profesional de enfermería en la Atención Primaria en Salud-comunitaria	61
2.	Interrogante de investigación y justificante de la interrogante	66
3.	Objetivos.....	71
4.	Metodología.....	72
4.1.	Diseño	72
4.2.	Ámbito de estudio	74
4.3.	Fases de la investigación.....	74
4.3.1.	Fase exploratoria	75
4.3.2.	Fase de trabajo de campo (octubre 2020-abril 2021).....	77
4.3.3.	Fase de análisis y redacción de la tesis.....	79
4.4.	Selección de los participantes	80

4.4.1.	Descripción de los participantes.....	82
4.5.	Generación de datos: Técnicas e instrumentos de investigación	86
4.5.1.	Observación participante	86
4.5.2.	Entrevistas	90
4.6.	Análisis de la información.....	93
4.7.	Dificultades y limitaciones	94
4.8.	Consideraciones éticas	95
4.9.	Contexto de la comunidad y el sistema de salud	98
4.9.1.	Contexto general	99
4.9.1.1.	El Pueblo Kichwa en la región de los Andes Ecuatorianos	100
4.9.1.2.	Mortalidad y Morbilidad general.....	102
4.9.2.	Contexto Local	102
4.9.3.	El panorama del servicio de salud	108
5.	Resultados.....	112
5.1.	La sabiduría que esconde el “poncho”	112
5.1.1.	Concepción salud – enfermedad	113
5.1.2.	Modelos explicativos en la trayectoria de atención y cuidados maternos.	121
5.1.2.1.	“Males del estómago”	127
	La “diarrea”	127
	“Infección de la barriga o del estómago”	138
	“Bichos”	145
5.1.2.2.	“Males respiratorios” o “males del pulmón”	154
	“Gripe” o “resfriado”	154
	“Tos”	167
	“Infección de los pulmones” o “Neumonía-pulmonía”	169
5.1.2.3.	“Enfermedades propias”	179
	El “espanto” o “susto”	181
	“El aire”	185
	“El empacho”	194
5.1.3.	Condicionantes de la trayectoria de atención.....	198
5.1.3.1.	Acceso de las madres a los servicios de salud	199
5.1.3.2.	Evaluación de los servicios de servicios de salud, propia y de terceros.....	202
5.1.3.3.	Clasificación de los padecimientos o acontecimientos de salud	206
5.1.3.4.	Eficacia curativa	210
5.1.3.5.	Formación y experiencia de los profesionales	212

5.1.3.6.	Grupos familiares y redes sociales de apoyo	213
5.1.4.	Dinámicas familiares de cuidado	216
5.2.	La atención que se refleja en el paramo	223
5.2.1.	El personal de salud no indígena y el modelo biomédico	224
5.2.1.1.	Relación lingüístico-cultural.....	224
5.2.1.2.	Transmisión de la información de salud/enfermedad.	228
5.2.1.3.	Prácticas maternas de atención	234
	La percepción de lo indígena	235
	Concepción de salud.....	236
	Apreciaciones sobre la medicina ancestral o popular.....	237
	Preferencia y elección en el tipo de tratamiento	238
	Continuidad e interrupción del tratamiento	241
	Autoatención, automedicación y combinación de tratamientos.....	244
	Prácticas maternas de riesgo.....	247
	Prácticas preventivas	250
5.2.1.4.	La competencia y la formación intercultural del equipo de salud	256
5.2.2.	Los técnicos de atención primaria de salud	262
5.2.2.1.	El rol de los TAPS, convergencias y tensiones	262
5.2.2.2.	Formación y capacitación	275
5.2.2.3.	Los TAPS y el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS).....	278
5.3.	Los claros y oscuros que escriben la interculturalidad.....	281
5.3.1.	Concepción de la interculturalidad.....	282
5.3.2.	Articulación entre la medicina occidental y la comunidad	286
	La atención y las acciones de cuidado	287
	Intercambio de conocimientos: Curadores tradicionales.	298
6.	Discusión.....	304
6.1.	Discusión Resultados 1: La sabiduría que esconde el “poncho”	304
6.2.	Discusión De Resultados 2: La atención que refleja el “paramo”	320
	El personal de salud no indígena (PSnl).....	321
	Personal de salud indígena, TAPS.....	329
6.3.	Discusión de Resultados 3: Los claros y oscuros que escriben la interculturalidad.....	334
	Articulación entre la medicina occidental y la comunidad	337
	Conclusiones	345
	Referencias	352
	Anexos.....	387

Anexo 1. Guión entrevista en profundidad para las madres.....	387
Anexo 2. Guión entrevista en profundidad para el personal de salud.....	388
Anexo 3. Consentimiento informado de las madres	389
Anexo 4. Consentimiento informado del personal de salud	394
Anexo 5. Aprobación del proyecto de tesis por la comisión de bioética de la Universidad de Barcelona.	399
Anexo 6. Aprobación del proyecto de tesis por el comité de ética de la Universidad San Francisco de Quito	400
Anexo 7. Protocolo COVID-19 para el investigador	403
Datos personales.....	408
Factores de Riesgo	408
Posibilidad de Contagio por COVID-19	409
Riesgo Familiar	409
Interacción con Otras Personas	409
Anexo 8. Financiamiento	411
Anexo 9. Artículo aceptado para publicación de la Revista ROL de Enfermería (versión Post-Print) 412	
Anexo 10. Narrativa publicada.....	432
Anexo 11. Artículo en proceso de revisión en la revista “Saúde e Sociedade” (versión Pre-Print) 435	
Anexo 12. Fotografías del lugar de estudio.	460

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Itinerario de trabajo de campo en Guayama Grande</i>	78
Tabla 2. <i>Itinerario de trabajo de campo en Chugchilán y el Centro de Salud</i>	79
Tabla 3. <i>Datos sociodemográficos de la muestra “grupo madres”</i>	83
Tabla 4. <i>Periodo trabajo de campo (TC) y de relevo del Año Rural</i>	84
Tabla 5. <i>Datos sociodemográficos de la muestra “grupo equipo de salud”</i>	85
Tabla 6. <i>Descripción de los escenarios de observación con la muestra “grupo de madres”</i> 88	
Tabla 7. <i>Descripción de los escenarios de observación con la muestra “grupo equipo de salud”</i>	89
Tabla 8. <i>Descripción de los informantes clave</i>	91
Tabla 9. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención de la “diarrea”</i>	138
Tabla 10. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención de la “infección de la barriga”</i>	145
Tabla 11. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en los “bichos”</i>	150
Tabla 12. <i>Posición de los recursos utilizados y presentación de las fases en la trayectoria de atención “males del estómago”</i>	152
Tabla 13. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en la “gripe” o “resfriado”</i>	167
Tabla 14. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en la “tos”</i>	169
Tabla 15. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en la “neumonía-pulmonía”</i>	175
Tabla 16. <i>Posición de los recursos utilizados y presentación de las instancias en los padecimientos “males respiratorios”</i>	179
Tabla 17. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en “el espanto”</i>	185
Tabla 18. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos e instancias de atención en “el aire”</i>	188
Tabla 19. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos en el “mal aire” y el “mal de ojo”</i>	194
Tabla 20. <i>Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en el “empacho”</i>	196
Tabla 21. <i>Posición de los recursos utilizados y presentación de las instancias en las “enfermedades propias”</i>	197

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Leininger Sunrise Model</i>	56
Figura 2. <i>Modelo enfermería comunitaria que describe Lester</i>	63
Figura 3. <i>Mapa de las comunidades de la parroquia de Chugchilán</i>	105
Figura 4. <i>Mapa parlante del área de influencia de la unidad de salud de Chugchilán (Centro de Salud Tipo A)</i>	111
Figura 5. <i>Trayectoria de Atención. Recursos de “Tipo de Atención” y de “Tipos de medicina aplicada”</i>	124
Figura 6. <i>Trayectoria de Atención. Recursos de “Tipo de Atención” y de “Tipos de estrategias maternas”</i>	125
Figura 7. <i>Trayectoria de Atención. Recursos de “Tipo de Atención” y de “Tipos de personas proveedoras de atención”</i>	126

Resumen

Introducción: Cada cultura tiene conocimientos y prácticas de cuidados propios en los que influyen, los valores, creencias y prácticas heredadas y aprendidas. La atención y cuidados a poblaciones indígenas involucra a todo el personal del equipo de salud, en corresponsabilidad con la máxima autoridad sanitaria. Por lo que el personal de salud ha de conocer el actuar y el saber qué hay detrás de las acciones que ejercen los pacientes, en este caso las madres, para establecer cuidados culturales. **Objetivos:** Analizar el enfoque de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud de madres y preescolares indígenas, por medio de la recolección de información en las comunidades pertenecientes al Subcentro de Salud de Chugchilán, con el fin de identificar la interacción entre los distintos modelos y formas de cuidado. **Metodología:** Este trabajo corresponde a una investigación etnográfica en la parroquia de Chugchilán (Ecuador). El trabajo de campo se realizó entre el 16 de septiembre'20 y el 30 de abril'21. El muestreo fue por conveniencia y tipo bola de nieve, siguiendo criterios que facilitasen la accesibilidad de los y las participantes. La muestra fue de 14 madres y 21 profesionales sanitarios del Centro de Salud (CS) de Chugchilán. Las técnicas utilizadas fueron la observación participante ↓registradas en diario de campo↓ y entrevistas en profundidad ↓registradas en audio. Con los datos generados, se realizó un análisis temático. **Resultados:** En cuanto a las madres la concepción de salud/enfermedad en la comunidad están directamente relacionadas con la cosmovisión indígena, teniendo un enfoque global atendiendo a los estados de equilibrio/desequilibrio de la persona con su entorno natural y social. La madre para atender el padecimiento hace uso de una serie de recursos, tanto los que provienen de la medicina ancestral y como los que provienen de la medicina occidental, poniendo en marcha toda una serie de saberes maternos, para la toma de decisiones durante la trayectoria de atención. En cuanto al personal de salud, el personal de salud no indígena evidenció dificultades para comunicarse con las comunidades. Las percepciones sobre el saber indígena se sustentan en representaciones sociales basadas en prejuicios y terminan viendo las prácticas y saberes como comportamientos erróneos e incomprensibles. Por su parte, el personal de salud indígena realiza una serie de actividades donde se evidencia su rol principal dentro del equipo de atención, que es el de mediación en la atención de salud, entre la comunidad y el sistema biomédico. Los profesionales de salud indígena recomiendan tanto medicina ancestral como la biomedicina según el padecimiento de la persona. **Conclusión:** El enfoque intercultural se levanta en la vida diaria de las personas y las comunidades. Las madres y los Técnicos de Atención Primaria de Salud –como personal de salud indígena– representan la dinámica de una

interculturalidad real y contrahegemónica que parte de saberes y prácticas que se construyen, cambian y se ajustan, en base a su sistema particular de racionalidades y que, aunque sea un proceso ambiguo mantiene su propia lógica. Las acciones maternas y de los Técnicos de Atención Primaria buscan cuidar y mantener la salud a través del uso de las diversas formas de atención y deconstruyen un modelo médico hegemónico, la suma de estas acciones buscan alcanzar el buen vivir, el Sumak Kawsay.

Introducción

En Ecuador se viene implementando un modelo de atención de salud denominado Modelo de Atención Integral de Salud Familiar comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que desde su origen propone el cambio de un modelo de atención basado en el paradigma biomédico hacia un posicionamiento de reconocimiento y respeto a la diversidad, centrado en la Atención Primaria de Salud (MSP, 2012). Este modelo tiene como objetivo considerar la medicina tradicional indígena y el saber ancestral de los pueblos y comunidades indígenas en articulación con la medicina occidental y con esto mejorar los resultados en salud y contribuir al Buen Vivir o Sumak Kawsay.

La Parroquia de Chugchilán cuenta con una población de 8.285 personas dispersas en 31 comunidades en un territorio de 32.250 hectáreas y altitud promedio de 3.160 m. Las comunidades indígenas habitan en zonas de alta montaña de los Andes, estando dispersas en una amplia y abrupta zona geográfica. Las comunidades se componen de pueblo “kichwa” Panzaleo y su composición mayoritaria es de familias extensas. Esta población recibe atención de un centro de salud compuesto por personal sanitario de origen indígena y personal sanitario no indígena. En Chugchilán, también hay representantes de la medicina tradicional indígena/ancestral (MTI/A), que son terapeutas que conocen la medicina ancestral, diagnostican y atienden distintas afecciones ya sean del cuerpo o espirituales.

Las acciones y propuestas de salud con enfoque intercultural tomaron auge en América Latina sobre todo entre 1990 y el 2000 con el propósito de contribuir a la reivindicación cultural de los grupos étnicos [indígenas] y por otro lado mejorar la relación entre el personal de salud y el paciente indígena. Sin embargo, conforme señala Menéndez muchas de estas propuestas fracasaron al intentar articular la biomedicina y la medicina tradicional indígena a partir de concebirlas como relaciones paralelas e ignorando los contextos de dominación, hegemonía y subalternidad que estaban y han en estado presentes en estas relaciones (Menéndez, 2016).

Arias Murcia (2022), señala que el espacio en el que ocurre el encuentro relacional entre los profesionales de salud e indígenas ha estado marcado por una historia colonial cuyo discurso aún continúa vigente (p. 166). Además, desde las estructuras de poder inmersas en estas relaciones, se ha impuesto una sobre posición de los conocimientos biomédicos en detrimento de los conocimientos tradicionales indígenas, considerando los menos valiosos e inclusive un obstáculo para el desarrollo (Rocha-Buelvas, 2017).

En Ecuador, según diversos autores, el modelo MAIS-FCI no responde a un planteamiento intercultural real, en el que se incorporen las creencias de los pueblos y nacionalidades indígenas —como grupo o de forma individual— en el sistema de salud (Gallegos et al., 2017; Torres & López-Cevallos, 2017; Herrera et al., 2018). Herrera et al. (2018) insisten en que el camino indígena hacia la curación puede ser “caótico” y “amorfo”, contrariamente al modelo de "interculturalidad ideal" planteado desde el gobierno y basado en nociones esencialistas de lo que significa la cultura indígena. Por un lado, porque el gobierno ignora el camino indígena hacia la curación y por el otro, porque se plantea que solo existen dos modelos de salud que interactúan —el biomédico y el de medicina ancestral—. Por otro lado, los hogares de bajos recursos, indígenas y en áreas rurales tienen menos posibilidades de utilizar servicios de salud por lo que es necesario eliminar prácticas discriminatorias, particularmente en zonas de población indígena. (López-Cevallos, Chi, & Ortega, 2014).

La interculturalidad implica el proceso de conocer y reconocer todos los saberes, una interacción activa entre los distintos modelos de atención y distintas formas de atención/cuidado, vista y representada en cada uno de sus actores. Una participación e inclusión efectiva que rompe las estructuras coloniales de poder y subalternidad (Walsh, 2012; Menéndez, 2016; Breilh, 2017). Por tanto, el personal de salud ha de contemplar cuidados integrales que permitan reconocer la realidad social y cultural de las comunidades y pueblos indígenas. La atención y cuidados a poblaciones indígenas involucra a todo el personal del

equipo de salud: médico, enfermera, odontólogo, obstetra. En corresponsabilidad con la máxima autoridad sanitaria el personal de salud ha de conocer el actuar y el saber qué hay detrás de las acciones que ejercen los pacientes, en este caso las madres, para establecer cuidados culturales. Desde enfermería, la preocupación por los aspectos subjetivos — perspectiva *emic*— de la enfermedad/padecimiento —cómo las personas viven, interpretan y le otorgan significados a la enfermedad— y la importancia de la cultura de las personas al planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería, no son hechos recientes. Leininger ya se interesó por los aspectos culturales y cómo los cuidados debían ser adaptados a la diversidad existente, focalizando en la percepción de los cuidados a partir de las diferencias culturales (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Ella desarrolló el ámbito de la enfermería transcultural, con la “Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados” aplicada a través del “Modelo del sol Naciente” (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018).

Leininger parte de la base de los cuidados culturales, donde “cada cultura tiene conocimientos y prácticas de cuidados genéricos —populares o profanos, tradicionales o indígenas— y usualmente conocimientos y prácticas de los cuidados profesionales” (Leininger, 2002, p. 79). Los valores, creencias y prácticas —en estos cuidados— tienden a estar arraigados e influenciados por su cosmovisión, lengua, religión, parentesco, entre otros (Leininger & McFarland, 2006). El cuidado genérico es a menudo en forma de remedios populares y tratamientos que se han transmitido de generación en generación (Leininger, 2002).

El ámbito doméstico es un espacio privilegiado para observar los procesos salud/enfermedad/atención/prevenición (Menéndez, 2016), ya que hay una continua convivencia con el padecimiento —la enfermedad—. Pero, además, es en el espacio doméstico donde se buscan las vías para resolver los problemas de salud a través de una serie de decisiones y acciones de las personas —en este caso de las madres— que parten de un conjunto de saberes y prácticas, desarrollados en sus contextos socio culturales (Osorio-Carranza, 2001).

Por tanto, queremos analizar el enfoque intercultural en los procesos de atención que desarrollan las madres indígenas, cómo se articulan y se mezclan saberes populares, tradicionales y biomédicos como parte de la práctica real de la interculturalidad.

1 Marco Teórico

1.1. Interculturalidad

En los siguientes apartados se realiza una revisión conceptual del término interculturalidad, buscando concretar en el término a partir de las posiciones críticas en Latinoamérica y Ecuador. También se da cuenta de cómo se ha concebido la interculturalidad en salud y de los antecedentes que involucran este término con la salud en Ecuador.

Vale la pena precisar que —aunque el término interculturalidad no alude de forma exclusiva a las poblaciones indígenas de América Latina—: las brechas sanitarias entre la población indígena y la no indígena; el complejo contexto geográfico, la diversidad cultural; la discriminación a las minorías étnicas; la representatividad de esta población en unos casos y la no representatividad en otros; constituyen razón fundamental para la comprensión de la interculturalidad en los contextos de salud y en los contextos indígenas en este caso en concreto de Ecuador.

Tanto el concepto como los procesos y usos que dieron lugar al término de la interculturalidad, emergieron principalmente en los países latinoamericanos a partir de la década de 1980 y 1990 a partir de los movimientos indígenas. Estos movimientos lo que pretendían era legitimar, defender y empoderar a los grupos étnicos o ancestrales, conscientes de su propia situación de opresión (Rodríguez-Gómez, 2017) y cuestionar a los sectores dominantes que los excluían, subordinaban y discriminaban (Menéndez, 2016). El concepto, por tanto, proviene de dos discursos: el académico postcolonial y el de las reivindicaciones indígenas (Dietz, 2012; 2017). Así, el factor étnico constituye un eje fundamental de la comprensión de la interculturalidad en salud (Guzmán-Rosas, 2016), ya que la interculturalidad en América Latina nace vinculada a relaciones de dominación colonial entre indígenas y blanco-mestizos (Quijano, 2000; Mignolo, 2000; Walsh, 2012).

Por su parte, la perspectiva de la interculturalidad en el Ecuador se introduce en el ámbito político a raíz de las movilizaciones indígenas que tuvieron lugar en la década de los 60, 70 y especialmente los 90 en las que se buscaba la reivindicación y reconocimiento de su cultura, sus saberes y prácticas, de su derecho a la tierra, el agua, entre otros. Las movilizaciones desembocaron en la reforma de la constitución en el 2008, donde se establece al Ecuador como Estado plurinacional e intercultural (Constitución del Ecuador, 2008) de esta manera la palabra interculturalidad se inserta entre los discursos políticos y estatales, estableciéndose las bases para la convivencia entre afroecuatorianos, indígenas, los mestizos y blancos. Asimismo se buscaba terminar con las relaciones y estructuras de dominación heredadas del colonialismo como son: las relaciones de dominación (blanco-mestizos) y subalternización (indígenas y afroecuatorianos) entre grupos étnicos (Rodríguez-Gómez, 2017).

En Ecuador, fue precisamente desde el movimiento indígena desde donde se formuló el concepto de interculturalidad¹ (Barabas, 2014; Ramírez Hita, 2014). Sin embargo, al pasar éste a los discursos políticos y estatales, especialmente en salud, —a través de los intelectuales y profesionales ligados a los programas de extensión de cobertura de la salud (Menéndez, 2016)—, adquiriría un carácter relacional y funcional dejando de lado la discusión colonial y la hegemonía de poder, prolongando así —“colonialidad del poder” — (Quijano, 2000).

Para analizar los distintos sentidos que adquiere la concepción de la interculturalidad hemos considerado desde nuestra posición crítica el pensamiento de Walsh (2009a,b).

¹ “Fueron los indígenas de la selva amazónica los que integraron tempranas organizaciones de corte etnopolítico en defensa de sus territorios, lengua y culturas como la Federación Shuar surgida en 1964 con el apoyo de misioneros Salesianos. Más tarde se creó la primera Organización Nacional la Confederación de nacionalidades indígenas del Ecuador (CONAIE)”, incluso actualmente se considera la legislación ecuatoriana como una de las más avanzadas en términos de derechos indígenas (Barabas, 2014).

1.1.1. Interculturalidad en salud

La interculturalidad desde el ámbito estatal de la salud ecuatoriano se plantea como: un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012, p. 45).

Con respecto a este planteamiento no pierde vigencia el planteamiento de Mignone *et al.* (2007) en Herrera *et al.* (2018) que mencionan que en el modelo de atención en Ecuador la salud intercultural es entendida esencialmente como prácticas y atención de salud, que unen la medicina indígena y la medicina occidental, donde ambas son consideradas como complementarias.

Sin embargo, lo tradicional/ancestral y lo biomédico no son los únicos recursos y formas de atención a los que recurren las comunidades indígenas (Menéndez, 2010; 2016; Ramírez Hita, 2011). Según Menéndez (2016) se los asume como antagónicos, por lo que a través del enfoque intercultural “se busca el equilibrio entre los mismos” (Castro, 2017) y siguiendo a Walsh y su análisis crítico y decolonial de la interculturalidad, esta forma de percibir la interculturalidad por una parte corresponde al *carácter relacional de la interculturalidad* ya que se espera que como producto de la interacción entre culturas se establezca una relación horizontal sin la presencia de conflictos. El carácter relacional de la interculturalidad según Walsh (2012) hace referencia al “contacto e intercambio entre culturas, es decir, entre personas, prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales diferentes, que podrían ocurrir en condiciones de igualdad o desigualdad” (p. 63) por tanto plantea un proyecto ideal de la interculturalidad que ignora los procesos de desigualdad y poder que se presentan. Una definición frecuente en esta línea es que la interculturalidad en salud es “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes

respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional, percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas” (Burgos, 1997 en Stivanello, 2015, p. 3), que plantea la convivencia armónica, y en la misma línea la definición de Campos (2004) que la establece como “la práctica y el proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes (Campos, 2004, p. 129).

Por otro lado, también corresponde al *carácter funcional de la interculturalidad*, ya que se centra en el reconocimiento de la diversidad promoviendo el diálogo, la convivencia y la tolerancia entre grupos, con metas para su inclusión dentro de una estructura social-política establecida (Walsh, 2012). Una posición de la interculturalidad que desde el principio de equidad promueve la expansión y tendencia a monopolizar la atención de la enfermedad, en excusa del acceso a los servicios de salud, reduciendo las brechas en base a indicadores de cobertura y que también se remite al equilibrio de saberes entre el personal de salud el paciente y el proveedor de la medicina ancestral cuya práctica se reduce únicamente a la atención del parto (Arteaga *et al.*, 2012; 2017; Gallegos *et al.*, 2017; López-Cevallos *et al.*, 2014; Mozo González, 2017; Torres & López-Cevallos, 2017).

En este sentido la interculturalidad es funcional al sistema existente, pues instrumentaliza el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural convirtiéndola en una nueva estrategia de dominación (Walsh, 2009a; 2009b; 2012), con este enfoque se plantea una aparente receptividad por lo indígena y el indígena. Sin embargo, este enfoque conceptual solo justificaría la implementación e imposición del sistema biomédico en contextos indígenas, como bien señala Ramírez Hita² (2011):

² Consideramos a esta autora ya que realiza un análisis sobre la salud intercultural en Bolivia y menciona en su análisis comparativo, aunque de manera más superficial el caso de Ecuador.

la salud intercultural termina por ser una estrategia política y económicamente barata para hacer visibles cambios y mantener a los sectores subalternos apaciguados, proponiéndoles una revalorización de su cultura a través del respeto a sus medicinas tradicionales y saberes y, con ellas, la incorporación de terapeutas tradicionales a los servicios de salud como solución a las deficientes condiciones del sistema (Ramírez Hita, 2011, p. 34).

Por tanto, “a través del concepto de interculturalidad se plantean políticas asimilacionistas e integracionistas” (Ramírez Hita, 2014, p. 4064). Replicando una visión etnocéntrica en la organización de los servicios de salud (Pedrana et al., 2018).

Esta concepción y práctica de la interculturalidad recibe varios cuestionamientos en América Latina y que son replicables en el caso ecuatoriano. Algunas de ellas consisten principalmente en que la noción de la interculturalidad se basa únicamente en la medicina tradicional y la medicina occidental —o biomedicina—, desconociendo otras formas de atención (Juárez, 2006; Menéndez, 2016; 2018) y también es incapaz de articular los saberes ancestrales —medicina tradicional indígena— y la medicina occidental (López-Cevallos, Chi, & Ortega, 2014).

Aunque reconoce la diversidad a lo largo de las propuestas políticas, por otro lado, la visión homogénea que, para efecto de la ejecución de políticas, las instituciones [estado] han creado con respecto a la medicina tradicional y las comunidades, ignorando las diferencias intra-comunidades en términos religiosos, de género, de adhesión política, de nivel educativo, de poder o de grupos de edad y no asumieron que los grupos sociales incluidos los étnicos se caracterizan por el cambio y no por la permanencia, legitimando los abordajes hegemónicos y colonizadores (Menéndez, 2016; Mozo, 2017). Este carácter de la interculturalidad se formula en el marco de un planteamiento que no ahonda en la desigualdad y jerarquía operante (Walsh, 2010), de un modelo de salud sobre otro, de la hegemonía de la política y la cultura biomédica

—ámbito macrosocial— sobre la medicina tradicional indígena y sobre el conocimiento popular que se cuece a nivel familiar e individual —ámbito microsocioal—.

Desde nuestro posicionamiento coincidimos con Walsh, que la interculturalidad “no es simplemente reconocer, tolerar o incorporar lo diferente dentro de la matriz y estructuras establecidas” (Walsh, 2009b, p. 4). Y, por tanto, no se trata de una simple confluencia de las culturas en un espacio determinado. Por el contrario hablar de interculturalidad es hablar de encuentros y desencuentros, de las hibridaciones y de los diversos tipos de intercambios y relaciones existentes entre las culturas (Tubino, 2015) Ya que “la interculturalidad existe en la realidad social de los grupos más allá de que la estudiemos o le demos una denominación técnica” (Juárez, 2006, p. 52) ya que “los procesos interculturales son permanentes y tienen profundidad histórica [la interculturalidad] no es reciente, ni ocasional es parte normalizada de la vida cotidiana (Menéndez, 2016, p. 110). Por tanto, la interculturalidad como proceso ya existe y se desarrolla siempre que haya grupos relacionándose y es observable en cualquier contexto y proceso.

La interculturalidad desde los movimientos indígenas implica colapsar desde la diferencia las estructuras coloniales —instituciones, esferas políticas— y de poder [que coloca a los mestizos-blancos arriba y a los indígenas y afroecuatorianos abajo] a través de un proceso activo y permanente de negociación [...] donde lo propio y lo particular no pierdan su diferencia, sino que aporten a la creación de nuevas comprensiones, convivencias, colaboraciones y solidaridad (Walsh, 2009a; Walsh, 2009b; 2012), a esto Walsh lo concibe como *interculturalidad crítica*.

La *interculturalidad crítica* se construye a partir de los pueblos y como demanda de la subalternidad (Walsh, 2012), de esta manera reforzar las identidades tradicionalmente excluidas, y las distintas formas de entender y atender la salud y la enfermedad, por lo que considerar necesariamente los procesos interculturales que se están generando

espontáneamente los actores sociales —individuos, comunidad, curadores tradicionales, personal de salud indígena, etc.— en su cotidiano (Menéndez, 2016), puede constituir un camino para la consolidación de una propuesta contra-hegemónica (Walsh, 2012).

Es esta misma línea Breilh entiende la interculturalidad como:

la relación entre tipos de conocimiento que corresponden [...] a sujetos históricos, [que coparticipan en un escenario social. Donde las identidades, representaciones, subjetividades, poder simbólico/cultural y significancias son producidos [...] para construir, contraconstruir, y deconstruir un proyecto social emancipador (Breilh, 2017, p. 131).

Por tanto, esta línea corresponde a una participación de las comunidades indígenas que construye la atención y cuidado y deconstruye un modelo médico hegemónico.

En la línea crítica de la interculturalidad, para Menéndez (2016) los procesos de autoatención de los padecimientos que se observan sobre todo en los grupos familiares —y a través de los cuales se articulan, se integran o se mezclan saberes tradicionales biomédicos y de otras formas de atención—, constituyen una práctica real de interculturalidad.

En este mismo discurso Breilh (1993) plantea una ruptura epistemológica que nos acerque al saber popular donde la sabiduría coloquial es considerada la fuente del conocimiento emancipador interculturalidad y aparece el rol de la mujer como elemento relevante de la práctica social doméstica. El género —femenino en este caso— es una herramienta fundamental para el cuidado de la salud y la lucha por la vida, a través de la práctica social doméstica.

Por tanto, la mujer jugaría un rol fundamental en el desarrollo de la interculturalidad en la atención y cuidado, como proyecto contrahegemónico y emancipador.

Así, la interculturalidad real debe concebirse como un proceso de conocer y reconocer todos los saberes. Es una interacción activa entre los distintos modelos de atención y distintas

formas de atención/cuidado, vista y representada en cada uno de sus actores. En definitiva es una participación e inclusión efectiva que rompe las estructuras coloniales de poder y subalternidad.

1.1.1.1. La interculturalidad y el Sumak Kawsay

Existe un fuerte debate en torno al origen y el significado del concepto *Sumak Kawsay* [en quichua] o *Buen Vivir*. Diversos autores coinciden en un origen incierto, ya que la historia antes del año 2000 no reporta de su existencia —por lo menos en la forma en la que hoy se ha acuñado el término—, pero si se verifica el uso separado de las palabras que sirvieron para posteriores construcciones usando un contenido diverso de su significado e interpretación (Solo de Zaldívar, 2013; Bretón et al. 2014; Viola Recasens, 2013). Lo que lleva a que partir de la aparición del término en los ámbitos sociales y político de Ecuador —*Sumak Kawsay*— y Bolivia —*Suma Qamaña*— varios autores diferencien entre el *Sumak Kawsay* y el Buen Vivir y se establezcan como dos paradigmas diferentes (Bretón et al. 2014). Sin embargo, como bien señala Acosta es innegable que hay una apropiación secuestro y domesticación del término por los gobiernos de Ecuador y Bolivia (Acosta, 2015), por tanto, es innegable que el término ha estado sometido a diversas interpretaciones y que el buen vivir —desde el enfoque gubernamental— está desencontrado con el buen vivir de origen indígena.

Para algunos autores el *Sumak Kawsay* o Buen Vivir nace como una alternativa política, cultural, económica y ética inspirada en planteamientos ancestrales indígenas, que surge como una propuesta contrahegemónica de los Kichwa de Pastaza —Ecuador— (Flor, 2011) y como planteamiento alternativo al del desarrollo³ (Sánchez Ramos, 2012, Unceta, 2014). Por tanto,

³ Concepción unidireccional que supone la existencia de una concepción de Estado subdesarrollado (pobreza) al de Estado desarrollado (riqueza) bajo la acumulación del capital (Unceta, 2014; Quijano, 2000).

son prácticas estructurales y vivenciales de resistencia al colonialismo y en el contexto de consolidación de un Estado plurinacional (Acosta, 2015). Desde, un posicionamiento más bien ético, el Buen Vivir comprende el goce efectivo de los derechos de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, en un marco democrático, de convivencia armónica ciudadana y de convivencia armónica con la naturaleza (Coraggio, 2011; Unceta, 2014). Con ello se pretende interpelar a los modelos de “bienestar neoliberal” enfocados en el individualismo (Walsh, 2008) y que promueven la acumulación de capital de un grupo reducido.

Por tanto, es sin duda, a partir de las demandas de los pueblos indígenas, que los conceptos de interculturalidad y *Sumak Kawsay* fueron incluidos en la Constitución de Ecuador. Nociones que aparecen como eje transversal en toda la Carta Magna y posteriormente introducidas en los discursos políticos y estatales. Este posicionamiento coloca por primera vez en el escenario político, social y económico ecuatoriano a la naturaleza, a la “Pacha Mama” –madre tierra–, a la vida en comunidad y a lo espiritual en su relación con el vivir bien (Hidalgo et al., 2014). Desde la visión de Walsh (2012), el *Sumak Kawsay* “[...] es donde se configura la visión y la práctica social sobre la vida y el cosmos, una visión y práctica que unen los espacios físicos con lo tangible, lo material con lo espiritual, el hombre/mujer con la naturaleza [...]” (Walsh, 2012, p. 78). Y centra el *Sumak Kawsay* en la lógica del vivir en comunidad, visión que coloca a la vida y la subsistencia de la comuna en el centro (Sánchez Ramos, 2012). Así, y tal y como Breilh menciona, el *Kawsay* es el vivir en comunidad y el *Sumak* es la noción de lo bueno, lo placentero, protector, bello, agradable (Breilh, 2017; Sánchez Ramos, 2012). Por tanto, desde esta visión el *Sumak Kawsay* se muestra esa posibilidad de vivir bien construyendo una armonía integral de la persona con el todo —el universo mismo—.

La armonía individual, la armonía comunitaria, y la armonía con la naturaleza constituyen dimensiones básicas e inherentes al buen vivir (Coraggio, 2011; Correa Delgado

& Falconi Benítez, 2012; León, 2015; Unceta, 2014). En términos generales es una forma holística de armonía entre el ser humano, la comunidad —entendiendo por comunidad en este caso al resto de la sociedad y no solo el grupo social próximo con el que comparten el espacio geográfico y cultura— y la naturaleza, es una filosofía central de vida en las sociedades indígenas.

Por ende, reconocer la interculturalidad es responder a la condición del Buen Vivir, es colocar las bases para una vida en armonía entre los seres humanos que habitan en este caso el Ecuador. El Buen Vivir abarcaría todos los contextos del orden social ecuatoriano entre ellos el de la salud.

En el campo de la salud estos argumentos cobran sentido, como consta en la sección séptima; Salud, de la carta constitucional:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el Buen Vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitución del Ecuador, 2008).

La carta constitucional por tanto ratifica que la salud sustenta el Buen Vivir y que se hace efectiva a partir del adecuado funcionamiento de los servicios de salud basados en varios principios, en este caso —por el origen de nuestro estudio— resaltamos el principio de interculturalidad.

1.1.1.2. Interculturalidad, *Sumak Kawsay* y Diálogo de Saberes

En el marco de la construcción de un Estado Plurinacional en el año 2007, la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) para la Asamblea Constituyente, planteó como uno de sus objetivos el “profundizar el reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales marcándolos por la noción de interculturalidad” (CONAIE, 2007, p. 41). Y bajo esta directriz, en relación con el tema de la salud se propuso que:

En este país intercultural donde la cultura dominante ha desconocido maneras de vivir y formas tradicionales de enfrentar la enfermedad, es necesario reconocer esas otras formas, pero además es importante ponerlas en diálogo con la medicina occidental, medicina intercultural no solo para pueblos y nacionalidades indígenas sino para el conjunto de los y las ecuatorianas.

(...) La salud es de acceso universal, integral, de calidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales. El Estado garantiza y reconoce la sabiduría ancestral de los pueblos originarios, como parte del sistema nacional de salud pública, el *Sumak Kawsay* (buen vivir) es la finalidad de la salud. El Estado garantiza y promueve la salud preventiva, la protección de plantas medicinales y de los sitios sagrados.

El órgano rector de la sabiduría ancestral será la Secretaría Nacional de Salud de los Pueblos y Nacionalidades del Ecuador, cuya representación será designada por pueblos y nacionalidades. Los pueblos y nacionalidades indígenas participan del sistema de salud, en la capacitación y prestación de servicios (CONAIE, 2007, p. 43).

Por tanto, a partir del reconocimiento del Estado como Plurinacional e Intercultural y del reconocimiento del *Sumak Kawsay*/ Buen Vivir en la Constitución ecuatoriana, se inicia un proceso de reforma en el sector salud que buscaba un diálogo intercultural entre diferentes culturas y saberes, y del reconocimiento del saber ancestral.

1.1.2. Modelo de atención sanitario en el Ecuador y atención primaria de salud

A partir de la Constitución de Ecuador del 2008 y de la Ley Orgánica de Salud (2006), se determina la necesidad de iniciar el proceso de reforma sanitaria y define el ámbito en el cual se conduciría dicho proceso para lograr que el Estado cumpla con las nuevas obligaciones establecidas en dicha Constitución (Espinosa et al. 2017). Ello requirió en primer lugar de la construcción de un nuevo modelo de atención por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) el nombrado Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI), definiéndolo como:

el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud (MSP, 2012, p. 48)

El modelo de atención (MAIS-FCI) está orientado principalmente hacia la Atención Primaria de Salud (APS) (MSP, 2012). Si bien en un primer momento se enfocó en el ámbito hospitalario, siempre fue claro que la consolidación del Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene que sustentarse en la APS (Naranjo et al., 2014). Este modelo no estaría centrado en la enfermedad ni en la prestación de servicios curativos, sino en las personas, sus familias, y sus comunidades, y basado en una perspectiva de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación (Espinosa et al. 2017). Por tanto, como lineamiento oficial desde la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2008), el MAIS-FCI, mantendría un enfoque dirigido a la Atención Primaria de Salud. Este enfoque consistía en reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortaleciera la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, la participación social, y hacía el enfoque intercultural—como posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural— (Jiménez-Barbosa et al., 2017; MSP, 2012). Con este modelo se daba impulso a la atención primaria de salud como el

primer nivel de atención⁴ y como puerta de entrada al sistema de salud, donde se materializa el enfoque intercultural (MSP, 2012).

El MAIS-FCI planteó el cambio de enfoque desde lo curativo hacia lo promocional y preventivo, esto a su vez influiría en la necesidad de realizar modificaciones estructurales en la provisión de los servicios de salud, en el perfil de los profesionales —que proveerán dichos servicios— y en la infraestructura del primer nivel de atención (Naranjo et al., 2014). Por tanto, se realizó una inversión significativa en talento humano orientado a fortalecer los equipos para el primer nivel de atención. Por un lado, se creó y formó a los Técnicos de Atención Primaria (TAPS) cuyo perfil técnico estaba encaminado para el trabajo de prevención y promoción, no para lo curativo (Naranjo et al, 2014; Espinosa et al., 2017). Y, por otro lado, la creación del Posgrado⁵ de Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo objetivo era elevar la capacidad resolutiva clínica del médico de primer nivel (Espinosa et al., 2017). También esta inversión del MSP se puso de manifiesto en una mejor gestión de dos estrategias ya existentes: el Internado Rotativo⁶ y el año de Servicio de Salud Rural⁷, acorde con los principios del MAIS. Ese año de práctica obligatoria —del Internado Rotativo y de año de Servicio de Salud Rural— se reorientó hacia actividades de promoción y prevención en el primer nivel de atención. En la

⁴ La provisión de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud se organiza por niveles de atención y capacidad resolutiva en I, II, III y IV nivel. El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada al sistema de salud, garantizando el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad. Por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales. Corresponde a este nivel: el puesto de salud, el centro de salud tipo A, tipo B y Tipo C.

⁵ Frente a este panorama, y en el ámbito del proceso de reforma, se identificó la necesidad de fortalecer la rectoría del MSP en cuanto a la formación de los profesionales de la salud sobre la base de las necesidades nacionales y conforme a lo que establece la Ley Orgánica de Salud. Para la implementación del posgrado, el MSP trabajó con nueve facultades de medicina a nivel nacional y, por primera vez en el país, se estructuró un currículo único basado en la necesidad de la red pública. (Naranjo et al., 2014; Espinosa et al., 2017).

⁶ Programa de últimos años de la carrera para aplicar y profundizar los conocimientos, habilidades y destrezas, proporcionados a las y los estudiantes en los diez niveles anteriores de la carrera.

⁷ El año de Servicio de Salud Rural consiste en que los profesionales recién graduados ponen en práctica sus conocimientos asistenciales prestando atención de salud en diversos establecimientos a lo largo del país, especialmente en áreas rurales.

actualidad, el MSP es quien asigna a los médicos rurales a los establecimientos de salud sobre la base de las brechas de necesidades de profesionales identificadas (Espinosa et al., 2017).

Así mismo, la orientación del MAIS-FCI buscaba impulsar la participación de la comunidad generando estrategias para su involucramiento, en acciones especialmente de veeduría y control social y también como parte de los procesos de planificación e información (MSP, 2012).

1.1.2.1. El Enfoque de la Atención Primaria de Salud en el MAIS-FCI

El enfoque utilizado en el MAIS-FCI, es la APS Renovada (APS-R) que tiene sus bases en la APS formulada en Alma Ata (1978) —que está a su vez recogió el pensamiento de la medicina social⁸ que cobró impulso sobre todo en América Latina—, conforme también a los procesos libertarios y de cambio social que surgieron desde la reivindicación del derecho a la salud (MSP, 2012).

La APS-R está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social, que se construyen desde las demandas y necesidades más sentidas de los seres humanos (MSP, 2012, p. 45). Por lo que la APS considera que la organización local se constituye en la contraparte de veeduría —control y seguimiento— del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios.

1.1.2.2. El enfoque intercultural en el MAIS-FCI

Como hemos visto hasta ahora, a partir de las movilizaciones indígenas, los Estados trataron de retomar en sus políticas sus requerimientos. Pero también, de forma paralela

⁸ La medicina social inició la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y las inequidades en el acceso a los servicios en la década de los setenta (MSP, 2012, p 42).

organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) pusieron el foco en los asuntos de la salud indígena, no solo de Ecuador sino de toda América Latina. Es así como comenzó a surgir el interés y preocupación en torno a la medicina ancestral/tradicional indígena⁹ sentando así las bases para el desarrollo del concepto de salud intercultural y para los programas y lineamientos tanto a nivel internacional como a nivel de la salud pública en Ecuador.

Por otro lado, en el contexto de la consolidación del *Sumak Kawsay* y del desarrollo del proyecto de Estado plurinacional e intercultural de Ecuador, nace la propuesta de un diálogo intercultural entre diferentes culturas y saberes. En cuanto al diálogo de saberes, en la constitución del 2008, los saberes ancestrales mantienen relevancia otorgándole el carácter de conocimiento. Su relevancia e importancia es tanto para los pueblos indígenas y afroecuatorianos como para los otros sectores sociales del país (Crespo & Vila-Viñas, 2015). La vinculación de los conocimientos con el *Sumak Kawsay* o Buen Vivir, se dan cuando “se establece en la carta constitucional que será responsabilidad del Estado potenciar los saberes ancestrales para así contribuir a la realización del Buen Vivir o Sumak Kawsay” (Walsh, 2012, p. 70). Por tanto, la constitución insta a promover la complementariedad entre los distintos representantes y sistemas médicos y a incorporarlos a la red pública de salud (MSP, 2012).

Para este cometido, el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) precisa que:

El reconocimiento de la diversidad cultural implica un DIÁLOGO INTERCULTURAL, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales en el que, por una parte, el Estado y los pueblos, nacionalidades

⁹ “Medicina tradicional” / “medicina ancestral” términos, desde la perspectiva “étic”, los utilizaremos para referirnos a los términos usados por el Estado o instituciones oficiales. En cambio, desde la perspectiva “émic” hemos tomado en consideración el término “medicina tradicional” que usan los comuneros y Técnicos Atención Primaria de Salud (TAPS).

indígenas, afroecuatorianos, montubios y mestizos, puedan debatir la prestación de un servicio integral adecuado a su cosmovisión y / o en su defecto se valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad (MSP, 2012, p. 46).

De esta manera, bajo el discurso de la interculturalidad se planteaba que uno de los principales objetivos de la interculturalidad —en el ámbito de la salud— era la atención a la diversidad cultural, retomando los principios y prácticas de la medicina ancestral o tradicional indígena. Con esto se confirma que el MAIS-FCI nace desde la coexistencia de dos sistemas de salud (MSP, 2012): el sistema de salud tradicional (MT) indígena —o medicina ancestral— ; y el sistema médico oficial —o medicina occidental—. Con el enfoque intercultural, lo que se buscaba era oficializar esta convivencia, principalmente a partir de la inclusión de los curadores/terapeutas tradicionales¹⁰ y la formación de Técnicos de Atención Primaria (TAPS)—personal originario de las propias comunidades y formado por la propia autoridad sanitaria— (Alban, Sellan y Moran, 2020).

En cuanto a la *Medicina Tradicional Indígena o Medicina Ancestral* esta tiene una gran presencia en Ecuador y es utilizada por una amplia mayoría de la población, que, hasta no hace mucho tiempo, tenían en este conocimiento un único recurso de salud (Bautista et al., 2017).

La OMS (2013), define la Medicina Ancestral como aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, que surgieron antes de la colonización y que cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la identidad y la idiosincrasia cultural indígena. La medicina tradicional indígena es entendida “como el conjunto de todos los conocimientos construidos y utilizados por las

¹⁰ Las *Parteras* son mujeres que se encargan del control del embarazo, diagnostican problemas en el embarazo, ayudan y acompañan en la labor de parto, acomodar al recién nacido y proporcionar los primeros cuidados. Los *Sobadores*, son personas que atienden todo lo relacionado con golpes, torceduras y fracturas. Los *Yachaks* son personas con múltiples funciones y conocimientos, que conocen la medicina ancestral, diagnostican y atienden distintas afecciones ya sean del cuerpo o espirituales. Los *Kuyipichak* son personas que realizan diagnóstico de enfermedades “sobando” [fregando] sobre el cuerpo un “cuy” —cobaya—, que posteriormente diseccionan.

comunidades para el diagnóstico y el tratamiento de diferentes trastornos, los cuales se basan exclusivamente en la experiencia y observación y son transmitidos verbalmente de una generación a otra” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007 en Stivanello, 2015, p. 47). La medicina tradicional, se encuentra “basad[a] en la espiritualidad (energético, holístico, tradicional, comunitario), que respeta las particularidades de cada individuo, de sus nacionalidades y pueblos gnoseo gráficos, etiológicos y terapéuticos relativamente comunes (indígenas, montubios¹¹, afrodescendientes y mestizos)” (Almeida Vera & Almeida Vera, 2014, p 174).

Por tanto, la interculturalidad en salud se vincula al MAIS-FCI

como el enfoque que permite la interacción entre culturas sanitarias distintas, aquella que se da entre proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación concepciones y prácticas distintas, contribuyendo a responder adecuadamente a las necesidades de las y los usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención de salud (MSP, 2012, p. 46).

La interculturalidad se presenta como una interacción horizontal y sinérgica sustentada en el conocimiento, el diálogo (MSP, 2012). De esta manera los recursos —curadores y medicinas— de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean complementarios, a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad que permita un diálogo en condiciones de igualdad y basado en el conocimiento (MSP, 2012).

Los aspectos fundamentales por los que el enfoque intercultural se hace efectivo son (MSP, 2012, p. 46):

- A través de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y Derechos.
- Con la adecuación de los servicios de atención a la mujer embarazada y la atención del parto

¹¹ Son un pueblo mestizo de origen campesino que habita en las zonas rurales de las provincias costeras del país.

- Con la creación de una red de curadores y terapeutas de la medicina tradicional indígena y alternativa.
- Con la adecuación de los servicios con anuncios en quichua y castellano.
- Fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión y la epidemiología comunitaria.

Y también, para hacer efectivo este enfoque, se requiere de la formación y capacitación del recurso humano, para así generar actitudes y condiciones que garanticen la interacción con los usuarios en condiciones de respeto a sus conocimientos y prácticas de salud (MSP, 2012).

Finalmente, el enfoque de interculturalidad le corresponde a cada unidad hacerlo operativo según lo establecido en el mandato constitucional. Para ello es necesario diseñar los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y ancestrales/tradicionales y alternativos. Y aunque el enfoque intercultural se presenta como una línea transversal largo del Sistema Nacional de Salud, en este estudio nos centramos en los aspectos que conciernen a la Atención Primaria de Salud y en concreto al primer nivel de atención y que aquí han sido descritos según lo establece el manual del MAIS que esta disposición de cada unidad operativa.

1.2. Proceso salud/enfermedad/atención-promoción

A partir de poder entender el proceso de interculturalidad en la atención primaria de salud, ahora nos corresponde desarrollar teóricamente, el proceso salud/enfermedad/atención y estructurar teóricamente la trayectoria de atención.

El proceso de salud/enfermedad/atención es entendido como un hecho universal, que se desarrolla de forma particular y diferente en cada sociedad y en cada cultura. Todas las culturas han desarrollado, y desarrollan, modelos médicos a partir de los cuales entender y enfrentar la enfermedad y de ser posible recuperar la salud (Hasen-Narváez, 2012). Para

Menéndez, el proceso salud/enfermedad/atención/promoción (s/e/a-p) se describe cómo las relaciones que existen entre la biomedicina, las medicinas alternativas complementarias, evidenciando el continuo proceso de transacciones que operan entre las mismas, incluyendo procesos sociales, económicos y culturales que según las posibilidades de cada grupo determinan las formas de atención (Menéndez, 2018). El proceso hace conexiones a partir de las creencias de los pacientes acerca de la enfermedad y de sus experiencias con la misma (Fajreldin, 2006 en Muñoz & Rubiano Mesa, 2011).

Cuando hacemos referencia al proceso s/e/a-p de alguna manera hacemos una aproximación teórica a los planteamientos de Eduardo Menéndez, sin embargo —en esta investigación de tesis—, no se recoge su planteamiento en completo, sino más bien nos centramos en los saberes maternos. Esto es así, ya que el objetivo es conocer cómo los distintos saberes y formas de atención se articulan en términos de modelos médicos y de este modo mostrar dónde se produce y reproduce la interculturalidad —en relación con un modelo de atención con enfoque intercultural vigente en el país—. Por lo tanto, cuando nos referimos a construcción teórica, se considera necesario retomar algunas conceptualizaciones o aportes teóricos con respecto a ciertas categorías a las que hacemos referencia, como es el caso de la *de padecimiento*.

En este sentido Kleinman considera al padecimiento como la configuración cultural que adquiere la enfermedad en términos de conductas, experiencias, problemas y demandas (Kleinman, 1980). Asimismo, el propio autor considera que “el padecimiento existe entonces, como constructos en configuraciones particulares de la realidad social (...) Deben ser entendidas solo dentro del contexto de significado y de relaciones sociales” (Kleinman, 1980, p .74).

Dentro de la clasificación de los padecimientos estarían también los síndromes culturalmente delimitados (SCD)¹² que Kleinman define como:

[...] padecimientos asociados a patrones de significados culturalmente únicos, superpuestos a las enfermedades, que son universales. Las enfermedades comúnmente tienen un curso típico y sus características particulares son independientes del escenario. El padecimiento es más o menos único (Kleinman, 1980, p. 77).

Los Síndromes Culturalmente Delimitados (SCD) serán entonces “padecimientos asociados a patrones de significados culturalmente únicos” (Kleinman, 1980, p. 77), que no están clasificados por la biomedicina y que no pasan por su construcción diagnóstica (Peretti, 2010; Roldán-Chicano et al., 2017). Son malestares que responden a un sistema de conocimientos locales, sin traducción por la biomedicina (Peretti, 2010). Pero que además tienen sintomatología identificada y descrita por un determinado grupo cultural, atribuyéndoles causalidad, significación y tratamiento específico (Zolla, 1988; Helman, 2007). O como menciona Zolla (1988) “[...] son aquellos complejos mórbidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la relación a procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo” (Zolla, 1988, p. 31).

En esta investigación de tesis, se parte de la premisa de que cualquier padecimiento tiene componentes culturales que los determinan y definen. Y partiendo de nuestra posición analítica —perspectiva *emic*— se establecen tipologías, determinadas por las propias mujeres, aun cuando algunas sean similares a la taxonomía médica. Lo que pretendemos, es establecer las categorías que establecen las madres aunque muchos de estos padecimientos sean

¹² Se acota la poca precisión teórica con respecto a este concepto y sin querer introducirnos en el debate teórico consideramos las definiciones que se adaptan a nuestro enfoque y estudio.

reconocidos como enfermedades por la biomedicina. En conclusión, hacemos una reconstrucción de los principales padecimientos sobre la base de los saberes que la población tiene de dichos padecimientos y desde donde en ocasiones no percibimos diferencias de los criterios que manejan las madres con respecto a los profesionales biomédicos.

1.2.1. Modelos y sistemas de atención de la salud

Es importante analizar los diferentes modelos/sistemas de salud, a fin de comprender cómo se traducen las dinámicas culturales de los procesos de s/e/a-p a nivel local comunitario. Y para esto, como señala Menéndez (2016), en primer lugar hay que asumir que en las sociedades latinoamericanas actuales existen diversas formas de atención a la enfermedad. Es por ello, que en los siguientes apartados se discutirán algunos de los planteamientos teóricos que tienen que ver directamente con el tema de la presente investigación.

En antropología médica existen principalmente dos acercamientos que definen los diferentes sistemas de salud en las sociedades multiculturales. El norteamericano, principalmente representado por Arthur Kleinman, quien mostró interés por la subjetividad en las narrativas y en su interpretación. Desde la perspectiva de Kleinman, los sistemas médicos son sistemas culturales, a partir de los cuales se puede analizar las respuestas sociales a la enfermedad —en términos de significancia y experiencia—. Kleinman, para el análisis de estos sistemas, integra: las relaciones interinstitucionales; los roles que desempeñan; las relaciones interpersonales; las redes sociales; los escenarios de interacción; y en menor medida las condiciones económicas y políticas (Kleinman, 1978).

Kleinman establece como referencia tres “sistemas de atención a la salud” (health care systems) el popular, el profesional y el *folk*.

Estos tres sistemas, según Kleinman (1980) comprenderán:

1. El sistema popular/ profano y no especializado.

2. El sistema profesional, formado por personal sanitario reconocido, organizado y legalmente formado para ejercer en el ámbito de la salud.
3. El sistema folk, al que pertenecen los sanadores locales, terapeutas especializados pero que no estaban reconocidos legalmente.

El segundo acercamiento es el que corresponde al contexto latinoamericano con Eduardo L. Menéndez como mayor representante. Menéndez aporta una mirada cuidadosa — a los diferentes modelos de atención— y desde un enfoque crítico, analiza las relaciones de poder entre los diferentes modelos.

Mientras que Kleinman habla de sistemas de atención a la salud, Menéndez habla de modelos de atención. Para Menéndez, dichos modelos son construcciones teórico-metodológicas que posibilitan comprender —desde un enfoque relacional y dinámico— los procesos de funcionamiento y organización de saberes teóricos, técnicos, ideológicos e incluso socioeconómicos, establecidos por los conjuntos sociales, los terapeutas y las instituciones con respecto a los procesos s/e/a-p. (Menéndez, 2003)

Menéndez (2005) establece una clasificación entre la que comprende tres modelos.

1. El modelo médico hegemónico.
2. El modelo médico subalterno.
3. Y el modelo de autoatención.

En los aportes de Eduardo L. Menéndez y Arthur Kleinman —en torno a estos modelos y sistemas de atención a la salud— existen algunas similitudes y diferencias —que a continuación se desarrollan— sin hacer un amplio desarrollo de todas sus propuestas teóricas. Sin embargo, es preciso mencionar que, los planteamientos teóricos desde los esta

investigación se aproxima, en su mayoría han sido considerando a Menéndez, por su visión más crítica, integral y próxima a la realidad de América Latina. En cambio Kleinman qué hace un enfoque que deja de lado el nivel macrosocial, es decir las condiciones sociales económicas y políticas que también determinan los procesos de construcción del proceso s/e/a-p. Kleinman, además presenta un enfoque —hacia la práctica médico-clínica— que ha recibido críticas de varios autores, como es el caso de Young (1982). Pero a pesar de lo mencionado, también —en esta investigación— se toman en consideración parte de los postulados de Kleinman.

Por tanto, hablamos de sistemas y modelos de atención culturalmente contruidos a partir de construcciones teórico-metodológicas y técnicas-prácticas de diferentes actores, que en su interrelación permiten comprender cómo se dan respuestas sociales a los procesos s/e/a-p. En esta investigación, se referirá no sólo a las actividades de tipo biomédica sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos. Es decir, actividades que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar aliviar y/o curar un padecimiento, ya que son procesos imprecisos y que se definen según el contexto en el que se plantean. Y para ello es necesario tener presente una serie de puntos de partida que lo contextualizan (Menéndez, 2003).

1.2.1.1. Sector profesional - Modelo medico hegemónico

Para Kleinman el sector profesional incluye personal sanitario reconocido, organizado y legalmente formado, para ejercer en el ámbito de la salud —todos aquellos terapeutas cuya práctica se ha estructurado en profesiones de curación—. Por tanto, son los terapeutas de la medicina científica moderna, donde se tiende a establecer una racionalidad fundada en lo natural-biológico, asumiendo que éstos son los planteamientos científicos racionales verdaderos. La legitimación social que posee el sector profesional hace que éste aparezca como dominante en las sociedades occidentales (Kleinman,1980), frente al sector popular.

Kleinman (1978) plantea que lo particular del sistema biomédico está condicionado por los siguientes criterios:

- Por su convicción reduccionista: sólo puede haber una verdad objetiva cuyo conocimiento se encuentra en la naturaleza de lo biológico y en el orden material de la existencia, excluyendo lo teológico —espiritual—.
- Por la consecuente deslegitimación del sufrimiento —padecer— y la sanación. Mientras se reivindica la enfermedad de origen físico y la eficacia de los tratamientos.
- Por su auto identificación como un programa científico tecnológico que va aumentando su conocimiento y desarrollando poderosos tratamientos terapéuticos.
- Por su alto grado de institucionalización, burocratización y profesionalización.

Menéndez centra su discusión en una serie de categorías como son: hegemonía-subalternidad, contradicción y conflicto. A partir de aquí para Menéndez (2005) considera al Modelo Médico Hegemónico (MMH) como:

[...] conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando a los otros saberes [...], hasta lograr identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada por criterios científicos como políticos. Las funciones que cumple este modelo las hemos diferenciado en tres grupos: a) curativas, preventivas, de mantenimiento; b) de control, normativización, medicalización, legitimización; c) las económicas y ocupacionales (Menéndez, & Di Pardo, 1996, p. 59).

Esta conceptualización parte de planteamientos centrales acerca de las condiciones sociohistóricas, económicas, ideológicas —saber médico— y políticas que influyen en la organización de dichos modelos (Menéndez, 2005). Pero además como modelo médico, logró

dejar como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales —pueblos ancestrales—, para lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad (Menéndez, 2005).

Para Menéndez las principales características del MMH han sido: el biologismo; la asociabilidad; la ahistoricidad; el aculturalismo; el individualismo; la eficacia pragmática; la orientación curativa-asistencial; la relación médico-paciente asimétrica y subordinada técnica y social del paciente; la exclusión del saber del paciente como ignorante o como portador de un saber equivocado; la profesionalidad formalizada; normativización de la salud-enfermedad —en sentido medicalización y control socioideológico—; la identificación con la racionalidad científica; la salud-enfermedad como mercancía; la tendencia a la medicalización de los problemas; y la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2020; 2005). Por tanto, son estos rasgos estructurales que caracterizan al modelo médico hegemónico.

Así mismo dentro del MMH, la atención está dada por la prestación médica profesional, y que se hace visible por en la atención que brindan los profesionales de salud reconocidos por la comunidad científica y por el Estado. Profesionales que han recibido formación universitaria —en instituciones académicas que cuentan con reconocimiento oficial—, que han sido preparados bajo el paradigma de la biomedicina y que se destaca —hegemonía— de los otros paradigmas (Haro-Encinas, 2000). Esta atención profesional, además, puede ser individual o comunitaria, ésta última en referencia a los servicios institucionales y públicos de salud.

1.2.1.2. Sector *folk* - Modelo subalterno

El sector folk de atención incluye a los terapeutas especializados no organizados profesionalmente —que habitualmente operan de forma individual—, usualmente identificados como curadores folks —nativos— o curadores o sanadores locales. Estos terapeutas pueden desempeñar una diversidad de prácticas médicas y estructuran sus

conocimientos a través de actividades e ideológicas seculares, en las que introducen aspectos rituales en la curación (Kleinman, 1978 en Osorio-Carranza, 2001). Son terapeutas especializados, pero que no están reconocidos legalmente y sobre todo no establecidos como organización.

De forma similar, Menéndez se refiere a que este modelo “integraría las prácticas médicas denominadas como “tradicionales/populares”, así como otras prácticas médicas alternativas (...) que el MMH ha tendido a excluirlos y subordinarlos ideológica e institucionalmente, especialmente con respecto a la dimensión biológica del padecimiento (Menéndez, 2003). Estas prácticas —ya denominadas como medicinas alternativas y complementarias (MAC)— comprenden un grupo variado de medicinas conformadas por las medicinas

«tradicionales» indígenas, que incluyen diversas formas especializadas (como «adivinos», «chamanes», «curanderos», «comadronas», «hueseros», «sobadores», «yerberos»), hasta corrientes diferentes corrientes terapéuticas ancestrales (como la medicina china, la islámica, la ayurvédica y la tibetana) (...), y otras mucho más modernas, que incluyen (...) la aromaterapia, la homeopatía, la iridología, la kinesiología, el naturismo, la osteopatía, la quiropraxia, la sofrología, la reflexología, la terapia neural y muchas más tendencias y corrientes médicas alternativas denominadas de la «nueva era» (Eisenberg et al., 1993 citado en Haro-Encinas, 2000, p. 109).

Las características del modelo folk serían: la totalización psicosomática, ahistoricidad, socialidad, legitimización comunal o grupal de las actividades curativas, eficacia simbólica, con tendencias al pragmatismo y al mercantilismo (Menéndez, 1983, pp. 7-8).

Por tanto, este tipo de medicinas son alternativas con respecto al MMH tal y como señala Haro-Encinas (2000), este tipo de medicinas son ejercidas a nivel privado en el núcleo del autocuidado y la autoatención.

1.2.1.3. Sector popular - Modelo de autoatención

El sector popular a partir de los saberes individuales o colectivos, es donde se genera la mayor parte de las actividades de diagnóstico, atención y curación de las enfermedades. Para Kleinman (1980) es identificado como una matriz que vincula a los otros sectores del cuidado de la salud, estableciendo los puntos de conexión con cada uno de ellos cuando las personas acuden a consultar a los diferentes curadores, es un sistema no especializado.

Para Méndez el modelo de autoatención

(...) refiere a los saberes, es decir a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos [unidad doméstico/familiar] utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2018, p. 106).

Este modelo les permite a las personas desarrollar su capacidad de decisión ya que en función de cada padecimiento —las condiciones socioeconómicas y la situación de los sujetos y microgrupos— les permite la autoprescripción y el uso o no de tratamientos incluso cuando han sido referidos por representantes de las diferentes formas de atención —como por ejemplo el personal de salud no indígena: médico, enfermera/o, odontólogo, obstetra, etc. — (Menéndez, 2018, p. 104). Por tanto, se establecen formas heterogéneas de pensar y actuar frente a la salud y enfermedad.

Para Menéndez la autoatención abarca dos niveles. El primero estaría relacionado con prácticas de promoción de la salud o estilos de vida “propios del grupo social o doméstico, como producción preparación y consumo de alimentos, aseo del cuerpo del hogar y del medio ambiente, la obtención y el uso del agua, [...]”. El segundo nivel se refiere a los procesos de s/e/a-p” (Menéndez, 2018, p. 104) y serían los saberes y prácticas que se activan en el caso de la ruptura del bienestar.

Por tanto, el modelo de autoatención constituye el principal —y a veces el único— nivel de atención frente a los procesos s/e/a-p. Precisamente por esto, el modelo de autoatención cumple también con funciones de protección y preventivas.

Hasta aquí estaría el desarrollo de los postulados de Kleinman y Menéndez y por consecuencia se establecen coincidencias: ellos coinciden en que se deben elaborar estas categorías en términos de “construcciones abstractas” que adquieren características particulares según los contextos analizados. Coinciden en que el sector popular o modelo de autoatención es la principal estructura de atención de las enfermedades, sin embargo, Menéndez hace más integral su supuesto cuando incorpora también procesos de protección, mantenimiento y acciones preventivas, mientras que Kleinman se centra en la solución de los padecimientos y el recorrido hacia la búsqueda de atención para la enfermedad. Otra diferencia es que Kleinman se centra en el encuentro clínico entre los pacientes y el proveedor de la atención, mientras que Menéndez señala que es necesario incorporar la estructura social y los significados si se quiere comprender de forma integral el proceso s/e/a-p. Esto Menéndez lo argumenta mencionando que las personas generan nuevos saberes y prácticas y atribuyen significados desde sus propias condiciones, por lo que lo considera importante para el análisis el nivel microsocioal —atención médica local, la persona y su unidad doméstico-familiar— y macrosocioal —estructura social—.

En este sentido, desde la presente investigación se considera que los diferentes modelos y sectores son complementarios entre sí para el estudio. Por su parte la propuesta de Menéndez se centraría más en la antropología médica crítica con la que de alguna manera este estudio se siente identificado ya que los principales cuestionamientos que la corriente crítica presenta se concentran en que las representaciones médicas enmascaran las relaciones sociales y de poder respecto de una clase dominante como serían las instituciones y el estado a través del sistema público de salud —nivel macrosocial— y a nivel microsocia a través de la atención médica y sus procesos medicalizados.

1.2.1.4. Cuidados Lego y cuidados genéricos

Aquí se presenta la noción de los *cuidados lego o profanos* como los denomina Haro-Encinas (2000), ya que se considera que algunos de sus aportes contribuyen al desarrollo de la investigación. A partir de las nociones de autoatención, estos conceptos dan claridad y profundidad al enfoque de trabajo, ya que consideramos que las acciones de autoatención materna corresponden a acciones de cuidado. En este apartado también se recogerán algunos supuestos desde enfermería transcultural Leininger.

Según Haro-Encinas, los cuidados lego o profanos

(...) se refieren al campo de cuidados específicos que no son otorgados por profesionales sanitarios tanto los procedentes de la biomedicina cómo de la medicina tradicional [indígena] o popular —medicinas alternativas—, (...) a través del contacto que tiene la población con el personal sanitario (...) [encontrándose] al margen de los sistemas especializados. Hay que considerar que el cuidado lego no constituye una categoría de funciones y actividades fijas, sino que está mediatizado por una cultura

popular de carácter eminentemente pragmático, que se adecúa a cada episodio. [E] incluye la automedicación de fármacos de patente, remedios tradicionales o alternativos sean conocidos por anteriores prescripciones o recomendados por familiares y otros (...) [de sus] redes sociales (...) y comprenden el nivel de autocuidado en referencia a las prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud (Haro-Encinas, 2000, pp. 101, 104, 117, 118).

En consideración con Menéndez el autocuidado sería un aspecto considerado más adelante por su supuesto, cuando establece los niveles de autoatención, haciendo referencia a las prácticas de prevención de la enfermedad como hábitos cotidianos (Menéndez, 2018). Los cuidados profanos serían entregados en la forma de autocuidado/autoatención. Por tanto, los aportes de Haro-Encinas y Menéndez terminan por ser similares ya que el cuidado lego de la salud —si bien es tributario de la cultura popular, anteponiéndose a la noción de cultura hegemónica—, no implica que sus únicas influencias provienen del campo de la medicina tradicional o popular¹³, sino que incorpora también saberes y métodos de la medicina profesional a través del contacto con el personal sanitario (Haro-Encinas, 2000)

Desde enfermería, la corriente de la Enfermería Transcultural, Leininger y McFarland (2006) hacen referencia al *sistema de cuidados genéricos tradicionales o populares*. Estos cuidados se refieren a los puntos de vista y valores locales indígenas sobre un fenómeno según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones como las ambientales y otros relacionados con aspectos socioeconómicos y de estudios. Sin embargo, lo establece como una organización de los cuidados, pero sin que Leininger profundice en la diferencia entre los tradicionales indígenas y los populares.

¹³ la constituye el núcleo del autocuidado, autoatención, al menos en las sociedades mediterráneas y latinoamericanas (Haro-Encinas, 2000). para Menéndez representan una apropiación sintética de saberes de diferente origen y extracción, que reformula sus prácticas de atención a la enfermedad a través de relaciones directas e indirectas establecidas con la práctica médica (Menéndez, 1984).

Leininger, como teórica en el campo de la enfermería, se encuentra influenciada por los enfoques propios de la antropología filosófica, la antropología social y cultural y la sociología (Aguilar et al., 2007). Atendiendo a sus influencias señala que

(...) cada cultura tiene conocimientos y prácticas de los “*cuidados genéricos*” (*populares, profanos, tradicionales o indígenas*) y, normalmente, conocimientos y prácticas de los cuidados profesionales (...). [Por su parte] los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por unos contextos del punto de vista del mundo, lengua filosofía religión (o espiritualidad), parentesco, sociedad, política educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de las culturas (McFarland, 2011, pp. 461-463).

En este aspecto consideramos que los términos de cuidado son similares a lo establecido por Menéndez (2018), de que el cuidado estaría influenciado por varios conocimientos y prácticas incluso profesionales (McFarland, 2011).

1.2.1.5. Automedicación

Otro aspecto que se quiere desarrollar en este apartado es la automedicación. La automedicación constituye una de las partes importantes de la autoatención, ya que los procesos de automedicación implican potenciales ejercicios de autonomía y decisiones, propias de los sujetos de microgrupos (Ortega & Judzil, 2017; Campiglia, 2017 en Menéndez 2018).

En cuanto a automedicación consideramos la propuesta de Osorio-Carranza (2001), cuando señala que ésta excluye al curador experto —profesional o vecinal— en las fases de la carrera curativa. Sin embargo, este hecho, no quita la posibilidad de que dichos curadores puedan jugar un rol secundario y no directo en la automedicación, a partir de episodios de enfermedad anteriores. La estructura de la automedicación, según Osorio-Carranza, no se limita a una administración propia e individual, sino que se refiere a la atención que el grupo

familiar y/o redes parentales o vecinales se proporcionan entre sí, por lo que Osorio-Carranza (2001, p. 30) clasifica la automedicación en 3 tipos:

- La primera se refiere al tipo de atención que la madre presta respecto a sus hijos, esposo o ella misma.
- La segunda, la automedicación familiar: es aquella que desarrolló otra persona del grupo doméstico de la familia extensa sobre algún miembro del grupo familiar.
- Y por último, la automedicación vecinal: que incluye a las redes sociales que no forman parte del grupo familiar y que no cuentan con el reconocimiento social de curadores.

En definitiva, se puede resumir que los cuidados legos y los cuidados genéricos son todas aquellas actividades en las que no intervienen profesionales de la salud —medicina profesional ni medicinas alternativas complementarias—. Que, además, están permeados por la influencia sociocultural y constituyen un proceso doméstico-familiar, donde la automedicación constituye una parte importante de la autoatención, siendo ejecutada y desarrollada principalmente por la madre a nivel doméstico.

1.2.1.6. El rol materno en la autoatención

El modelo de autoatención se desarrolla en el interior del grupo familiar y/o de las redes sociales de apoyo. En este estudio se ha considerado el importante rol materno en la autoatención, a partir de que las madres de familia han ejercido el rol principal de cuidadoras —históricamente asignados a partir de estereotipos y roles de género¹⁴— y que en la actualidad

¹⁴ En este sentido y teniendo en consideración a Moore es importante destacar cómo las imágenes, características y conductas normalmente asociadas con la mujer y con el hombre, tienen siempre una especificidad cultural e histórica (Moore, 2009). Y siguiendo con autoras clásicas mencionar que asociado a mujer y feminidad se desprenden toda una serie de estereotipos de género que dependen del concepto “madre”

lo siguen siendo las principales cuidadoras de la salud familiar, situación que también se da en las madres indígenas según se evidencia en diversidad de estudios (Morgante y Remorini, 2018; Ortega & Judzil, 2017; Souza et al., 2018; Wright et al., 2019).

En una investigación llevada a cabo en una población indígena de los Andes ecuatorianos, Finerman (1989) evidenció que aún cuando la población tuvo recursos profesionales médicos cercanos, la atención a través de las madres fue el primer recurso y el más frecuentemente utilizado. Eran las mujeres quienes trataban las demandas de atención a la enfermedad en sus familias y eran la primera instancia de cuidado (Finerman, 1989, p. 23). Por tanto, como señala Finerman es la “*curadora olvidada*”, aunque frecuentemente su imagen es recuperada en términos de cuidadora, protectora, educadora pero pocas veces se la considera como la terapeuta, a pesar de que forma parte de los recursos de atención a la salud familiar. Similar a lo que menciona Menéndez cuando señala que en los grupos étnicos —como en el resto de la sociedad—, la enfermedad y la atención-prevención está en manos de las mujeres ya que, aunque “el saber jerárquico es ejercido por los varones, (...) el saber popular es parte de las tareas femeninas” (Menéndez, 2016, p. 115). También señala que el modelo de autoatención tiene por centro a la mujer y esta constituye el primer nivel real de atención (Menéndez, 1992).

También relacionamos el rol materno y la autoatención con qué, aunque las mujeres son las que más usan los servicios preventivos en Ecuador, sin embargo, el ser indígena y el vivir en zonas rurales limita significativamente el uso de los servicios tanto preventivos como curativos —en mayor medida— (López-Cevallos et al., 2014; Gallegos *et al.*, 2017; Unicef, 2016). Esta situación estaría relacionada con resistencias a asistir a los servicios de salud (Arteaga et al., 2012). A pesar de que los niveles de cobertura sanitaria más bajos —en las

y de las actividades concomitantes asociadas a la misma (Moore, 2009) y que tienen que ver con las tareas domésticas, el cuidado y la crianza (Rosaldo, 1974). Tareas consideradas “naturales” en la mujer, derivadas de su función biológica y reproductora (Ortner, 1974).

mujeres indígenas— es un tema generalizado a nivel de América Latina, no puede explicarse únicamente por factores relacionados con el nivel educativo o lugar de residencia sino aspectos relacionados con la propia atención (Carrasquilla Baza, & Pérez Quintero, 2018), o podría deberse también a aspectos culturales y decisión personal. Por lo tanto, las mujeres indígenas son quienes menos usan los servicios de salud preventivos y curativos y en su lugar activarían toda una serie de conocimientos y prácticas reconocidos dentro del ámbito de la autoatención. Esta absorción —que realizan las mujeres— de las concepciones biomédicas y otras para tratar sus padecimientos, tiene que ver con lo que Menéndez (2016) llamaría procesos de interculturalidad. Es por ese motivo que el saber materno se vuelve importante para analizar la interculturalidad, debido a “las diferentes interacciones en que las mujeres se encuentran inmersas [estas] determinarían la forma como construyen el qué y el cómo del cuidado a la salud de su familia y la suya propia” (Hernández Tezoquipa et al., 2001).

De hecho, todo proceso asistencial constituye un itinerario particular que se construye en torno a los recursos intelectuales, sociales e institucionales, culturales de los microgrupos (Haro-Encinas, 2000, p. 118). Las mujeres indígenas, en la interacción con los grupos, aprenden normas culturales, valores, códigos, para constituir así su propio sistema de representaciones, que constituirá el componente básico de su identidad social y uno de los determinantes fundamentales de sus pautas de comportamiento (Hernández Tezoquipa et al., 2001, p. 449).

1.2.2. Trayectoria de atención/itinerario terapéutico

La carrera curativa o trayectoria de atención son conceptos similares, a partir de los cuales se derivan otros conceptos como el de itinerario terapéutico de Werner, 1996, y sirven para designar un complejo patrón de tratamiento que puede ser estructurado y en una serie de fases en donde la primera es el inicio de algún proceso patológico —definido en términos

biológicos psicológicos o incluso culturales que puede ser o no ser identificado o reconocido como patología—(Werner, 1996 en Osorio-Carranza, 2007).

Por otro lado, Osorio-Carranza 2001 considera a la carrera curativa o trayectoria de atención como la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer. Dichas estrategias incluyen tanto a una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación de la enfermedad, también incorpora todas aquellas instituciones, estructuras de atención y servicios de salud, así como a los sujetos que participan del mismo [...] (Osorio-Carranza, 2001 p. 39- 40)

1.3. La interculturalidad desde la perspectiva del cuidado enfermero

La falta de consenso a una definición clara y concisa sobre el concepto de interculturalidad, ha llevado a que en enfermería haya tenido dificultades para insertarlo (Trinidad Santos et al., 2013). Sin embargo, posicionamientos teóricos como los desarrollados por Leininger han hecho posible el acercamiento de la interculturalidad a la enfermería.

Enfermería es una ciencia holística que considera al ser humano desde todos sus contextos. Es una ciencia de alto contenido cultural, en el que los cuidados y el cuidar poseen unas dimensiones humanas fundamentales imposibles de obviar. Por otro lado, la antropología —como disciplina académica— genera teorías y conceptos que la enfermería —como profesión— conjuga con los conocimientos que la propia enfermería genera (Comelles et al., 2008; Moreno Preciado, 2018). De este modo la enfermería genera otro cuerpo de conocimientos para ser llevados a la práctica. Corpus que tendrá en cuenta cómo las creencias y prácticas tradicionales chocan con los conceptos biomédicos occidentales; cómo los factores sociales y culturales son una parte fundamental de la toma de decisiones durante la

planificación y ejecución de los cuidados enfermeros; y sobre cómo la salud y la enfermedad son partes de modelos culturales más amplios (McKenna, 1984).

1.3.1. Los Cuidados Culturales y la Atención Culturalmente Congruente

La preocupación por los aspectos *emic* de la enfermedad/padecimiento, la importancia de la cultura del paciente al planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería no es algo reciente en enfermería. En la década de los años cincuenta del siglo pasado, la etnografía se introdujo en la ciencia enfermera (Comelles et al. 2008). Leininger en esos años pudo observar las diferencias culturales que existían entre pacientes pediátricos —con problemas emocionales— y las enfermeras que los asistían. Esta experiencia la llevó a interesarse por el estudio de las diferencias culturales en la percepción de los cuidados (McFarland, 2011).

Madeleine Leininger fue de las primeras enfermeras en enlazar el campo de la antropología al campo de la enfermería, en cuanto a su desarrollo teórico como práctico. En esta línea los aportes importantes de Leininger fueron el desarrollo de enfermería transcultural¹⁵, centrada en el estudio y análisis de distintas culturas. Así mismo, tras años de estudio y a partir de su experiencia, desarrollaría la “*teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados*” —teoría de los cuidados culturales— aplicada a través del “*modelo del sol naciente*” —instrumento para representar los componentes esenciales de la teoría— y el método de la etnoenfermería¹⁶. Según McFarland (2011) “su teoría ha ayudado en el campo de la enfermería a entender las diferencias culturales en los cuidados humanos, la salud y la

¹⁵ Refiere a un área formal del conocimiento y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa (McFarland, 2011, p. 461).

¹⁶ Método de investigación cualitativa enfermero para que el personal enfermero analice los complejos cuidados y fenómenos culturales (Leininger & McFarland, 2006).

enfermedad” (p. 458), para atender a personas de culturas similares y diversas, siendo una teoría contemporánea en un mundo cada vez más multicultural (Leininger y McFarland, 2006).

La “*teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados*” parte de la base de los *cuidados culturales*¹⁷, donde “cada cultura tiene conocimientos y prácticas de cuidados genéricos —populares o profanos, tradicionales o indígenas— y usualmente conocimientos y prácticas de los cuidados profesionales y que las prácticas varían entre culturas y por separado” (McFarland, 2011, p. 464) . Estos valores creencias y prácticas —en estos cuidados— tienden a estar arraigados e influenciados por su cosmovisión, lengua, filosofía, religión, parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de las culturas (Leininger y McFarland, 2006). El cuidado genérico es a menudo en forma de remedios populares y los tratamientos que se han transmitido de generación en generación (Leininger, 2002).

Por tanto existen conocimientos y cuidados similares y diversos en una misma persona, que la visión del mundo influida por factores sociales, ambientales, culturales influye en la salud. Por lo que se considera que los proveedores de la atención médica necesitan conocimientos sobre las diversas culturas para orientar sus prácticas y a través de métodos abiertos comprender las opiniones complejas de las personas locales, encubiertas y en gran parte desconocidas sobre el cuidado la salud y la enfermedad (McFarland et al., 2012).

Las expresiones, significados, modelos y prácticas de cuidados culturales, son diversas y aun así, siguen compartiendo aspectos en común y algunos atributos universales, por tanto, para Leininger existen diversidades (diferencias) y universalidades (aspectos en común) entre las culturas con respecto a los cuidados (McFarland, 2011). Por su parte, para entender las

¹⁷ Los cuidados culturales se definen como los valores y creencias y modelos de estilos de vida tradicionales o indígenas, y profesionales aprendidos y transmitidos, que se utilizan para asistir, facilitar o permitir a otro individuo o grupo mantener su bienestar y/o salud o a mejorar una condición o estilo de vida humano (McFarland, 2011).

diferencias y similitudes, Spector propone el análisis y exploración de las ideas “modernas”, que estarían relacionadas con un proceso de culturización de la cultura moderna o dominante (Spector, 2012). Considerando este proceso de culturización, como una continua renovación, en el que las personas se identifican con la cultura dominante y la tradicional —la propia—. La Teoría de la Herencia Cultural de Spector (1999) asume que existe una fuerte identidad personal que se relaciona con la cultura tradicional —de la persona— y con su nivel de culturización —con respecto a la cultura dominante—. Así Spector (1999) plantea que se podrá analizar las diferencias ante una herencia dada y unas creencias y prácticas tradicionales de salud, y por tanto, se asume que una misma persona puede poseer características tanto de herencia tradicional como moderna.

Por tanto, la teoría del cuidado cultural de Leininger tiene cuatro principales principios (Leininger, & McFarland, 2006):

- Las expresiones del cuidado cultural, significados, patrones y prácticas son diversas y similares.
- La visión del mundo, los múltiples factores de la estructura social, la etnohistoria, el contexto ambiental, la atención genérica y la atención profesional, son factores de influencia críticos en la atención cultural y predicen la salud y el bienestar
- La atención genérica / popular y profesional es esencial para la salud y el bienestar
- Tres modos de acción y decisión guían la provisión de cuidado culturalmente congruente:
 1. preservación y / o mantenimiento del cuidado de la cultura
 2. alojamiento y / o negociación de cuidado cultural
 3. reordenación y / o reestructuración del cuidado de la cultura

Por tanto existen conocimientos y cuidados similares y diversos en una misma persona. La visión del mundo influida por factores sociales, ambientales, culturales influye en la salud.

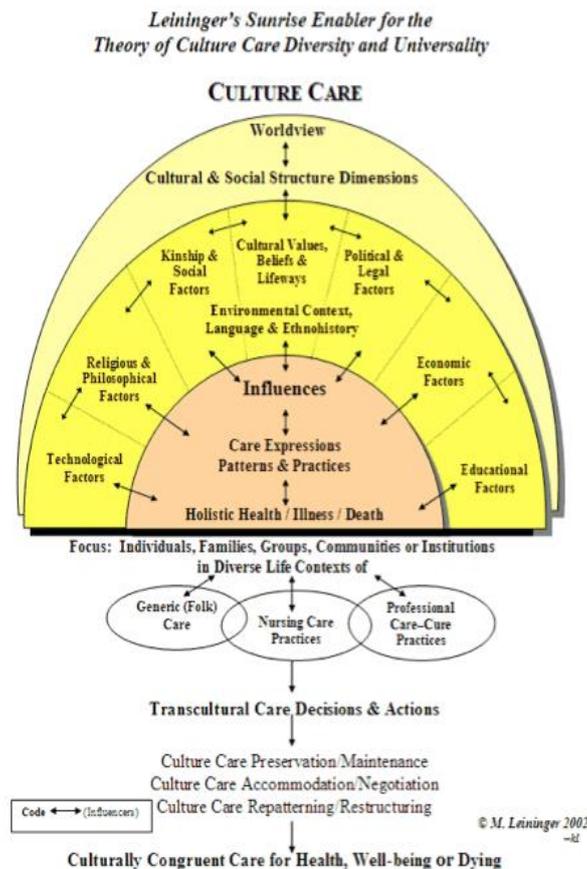
Por lo que se considera que los proveedores de la atención médica necesitan conocimientos sobre las diversas culturas para orientar sus prácticas y a través de métodos abiertos comprender las opiniones complejas de las personas locales, encubiertas y en gran parte desconocidas sobre el cuidado la salud y la enfermedad (McFarland et al., 2012).

1.3.1.1. El Modelo del Sol Naciente

El *Modelo del Sol Naciente*, desarrollado por Madeline Leininger, representa los componentes esenciales de su teoría —“*teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados*”.

Este modelo (véase la Figura 1), simboliza la salida del sol —haciendo referencia a los cuidados—. En la figura que representa el modelo, en la mitad superior representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y en la salud, por medio de: el contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares, profesionales y enfermeros, que se hallan en la parte central del modelo. Según este modelo, hay tres modalidades que orientan las decisiones y las acciones de las enfermeras: preservación y mantenimiento del cuidado cultural; acomodación y negociación del cuidado cultural; y remodelación o reestructuración del cuidado cultural (McFarland, 2011).

Figura 1. *Leininger Sunrise Model*



Fuente: Leininger (2002).

Por tanto, esta teoría y modelo incentiva a que —desde las propias culturas— se pueda conocer lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud. Como bien señala Leininger, los seres humanos —como entes— no pueden separarse de su procedencia cultural, de su estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y de su entorno (McFarland, 2011). Por ese motivo, que solo al comprender esa cultura, se podrán entender los diferentes modos de mantenimiento de la salud: cómo previenen y enfrentan la enfermedad.

En esta misma línea se ubica el Modelo *de Competencia Cultural* de Larry Purnell, que permite un acercamiento etnográfico —favoreciendo la comprensión cultural a las situaciones de salud-enfermedad—, proporcionando un formato sistemático y comprensivo para evaluar

las creencias, valores y costumbres de las personas a las que enfermería aplica cuidados (Purnell, 1999). Éstos modelos, proponen el conocimiento de la cultura del paciente y a partir de aquí un actuar consciente y congruente con la cultura de origen de las personas.

De alguna manera estos modelos enfermeros promueven el papel mediador de enfermería —entre el cuidado popular/tradicional y el que Leininger denomina profesional—, ya el objetivo de la teoría y modelo es descubrir prácticas de atención que promueven la salud y el bienestar, explorando formas de utilizar los tipos de atención para planificar e implementar una atención culturalmente congruente para que las personas logren una salud óptima (Leininger, &McFarland, 2006).

Para esto, se requerirá del conocimiento profundo de la cultura y sus distintos componentes —de los cuales la persona no puede separarse—. Por tanto, éstos cuidados ayudan a evitar la imposición cultural, entendiéndose ésta cómo: imponer los propios valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo (Leininger, 1999). En este sentido, coincidimos con Bonill de las Nieves et al. (2012) cuando señala que la corriente de Leininger huye de una visión reduccionista —de la persona—, aportando una mirada holística. Esta visión holística se refleja —en su teoría y modelo— cuando habla del contexto ambiental, se refiere a la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares —que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas— en determinados entornos físicos, ecológicos sociopolíticos y culturales (Leininger, &McFarland, 2006). Todo ello, es lo que hace que su teoría sea considerada como un enfoque holístico e integral de la enfermería.

De este modo, desde la enfermería transcultural, se defenderá la importancia de atender las necesidades de las personas desde una perspectiva de la competencia cultural, que a continuación se explicará.

1.3.2. El proceso de Competencia Cultural

Los cuidados para ser considerados cuidados culturales deben ser sensibles y adecuados a la cultura de las personas, esto significa que éstos han de poseer conocimientos básicos y actitudes positivas hacia las tradiciones de salud —observadas en los diversos grupos culturales—, dentro del contexto del desempeño profesional de enfermería. Muchos de estos conocimientos y actitudes deben ser aprendidos y desarrollados, formando parte de la competencia cultural (Bonill de las Nieves et al., 2012; Escobar Castellanos y Paravic-Kliin, 2017; Spector, 2012).

La competencia cultural es un "el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar de manera efectiva dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad (Campinha-Bacote, 2002, p. 181). Purnell, considera que la competencia cultural es la adaptación del cuidado de salud de manera congruente con la cultura de la persona y, por consiguiente, es un proceso consciente y no lineal (Purnell, 1999; Gonzáles, 2013; Martín, & Martín, 2020).

El proceso continuo que se da en la competencia cultural, implica la integración —por parte del equipo de salud— de elementos tales como (Belintxon & López-Dicastillo, 2014; Campinha-Bacote, 2002; Lipson, 2000; Martín,& Martín, 2020):

- El deseo cultural: representa el interés por conocer otras culturas, ser empático, reconocer y aceptar la diferencia.
- El conocimiento cultural: que se relaciona con el aprendizaje sobre la otra cultura, la búsqueda y obtención de la visión de las diferentes culturas sobre el mundo y las dimensiones en el proceso salud-enfermedad.

- La conciencia cultural: que se establece una vez que ya se ha conocido la otra cultura, generando entonces un proceso intencionado y cognitivo por el que llega a ser sensible y valorativo de los conocimientos y prácticas de la cultura. La conciencia cultural, cuestiona y reflexiona sobre sus propias creencias y los prejuicios en ocasiones legitimados a nivel social, profesional y personal.
- Los encuentros culturales: que se producen por las interacciones de personas de distintas culturas, desde donde busca el respeto de la diferencia, la inclusión de la diferencia contribuyendo en un diálogo de saberes.
- Y las habilidades culturales: que son el conjunto de capacidades de respuestas a las necesidades en salud de las personas de otra cultura. Es la capacidad de valorar, registrar e incorporar aspectos relacionados con la cultura y las distintas dimensiones de la salud-enfermedad.

El desarrollar estos elementos —definidos anteriormente—, lleva al desarrollo de la competencia cultural, lo que permitirá a los profesionales de la salud —en concreto a enfermería— a trabajar con diferentes culturas. Las teorías se vuelven esenciales para el desarrollo de unos cuidados adecuados, pero también requieren de los factores que componen estas teorías. Entre estos factores estarían: el conocimiento de la cultura —a partir de una mirada antropológica— para poder entender al otro desde sus propios posicionamientos; el desarrollo de actitudes y valores de respeto hacia la diferencia; y el desarrollar una mirada crítica. En síntesis, sería lo que Bonill de las Nieves & Cedrán (2012) señala, que el cuidado cultural es el cuidado enfermero que es “culturalmente sensible, culturalmente apropiado y culturalmente competente” (p. 75).

Por otro lado, no existe consenso en cuanto a la forma de interrelacionar la interculturalidad con la enfermería, pero de alguna manera la corriente transcultural refuerza

la posibilidad de que enfermería reconozca las diferencias, las relaciones de poder y hegemonía —imperantes en el ejercicio de la práctica profesional— y por otro lado el cuidado humanizado y el abordaje holístico (Pérez Quintero, & Carrasquilla Baza, 2018). Todo ello, a través de reconocer e incorporar la visión del mundo, de la salud y de los procesos que operan en el núcleo de las familias y comunidades. Leininger (2002), partiendo de la base de que cada cultura tiene conocimientos de cuidados genéricos y conocimientos de cuidado profesionales y que las prácticas varían entre culturas y por separado, coincide con Haro-Encinas (2000) en lo que denomina cuidados lego y con Menéndez (2016) y la autoatención.

Los aportes teóricos de Leininger, Purnell y Campinha. Bacote surgen como herramientas clave para los encuentros con la diferencia en la atención de enfermería. En este contexto la enfermera debe estar atenta a lo que el otro tiene que decir, para así poder defender, proponer y hacer, el cuidado desde un abordaje más amplio (Rodríguez-Jiménez, 2014). Para ello, enfermería deberá acercarse a la realidad mediante una visión global y dialéctica, construyendo conocimiento desde la realidad social que forma parte de su experiencia cotidiana. Considerar los aspectos del contexto sociocultural para el otorgamiento de cuidados, se traduce en identificar, no solo las diferencias sino, también las desigualdades sociales relacionadas con la salud. Pero, de igual modo, aplicando estos conocimientos —para afrontar los desafíos de salud y los cuidados— se proporcionará una mayor equidad a las personas, familias y/o comunidades. De esta forma también se elaborarán nuevos significados del cuidado entre las personas y el profesional, creando conocimientos emancipatorios, que aproximarán a la Enfermería con la Teoría Crítica (Mosqueda-Díaz, 2014).

El núcleo de la Teoría Crítica es la noción de emancipar a las personas —de los sistemas opresivos— para crear conjuntamente —a través de la negociación y el consenso— mejores condiciones para los individuos y las comunidades y una mayor participación en su cuidado (Chancay et al., 2021).

Desde esta perspectiva, una epistemología o base adecuada para el conocimiento en Enfermería es la Enfermería Transcultural, ya que tiene en cuenta la relación de cuidado holístico y la acción moral razonada de diversas personas en contextos históricos, políticos y sociales (Chancay et al., 2021). Por tanto, el profesional puede ser un sujeto contrahegemónico, articulador de los saberes y prácticas, tanto del sector popular/tradicional como el profesional —biomédico—. Para Enfermería es importante descubrir y mostrar que unos y otros —profesionales sanitarios y personas indígenas— están dotados de conocimiento y lógica en sus acciones, de esta manera evitan caer en imposiciones desde su posición de poder.

1.3.3. El rol de profesional de enfermería en la Atención Primaria en Salud-comunitaria

A inicios del siglo XX el concepto de “enfermeras visitadoras” o “visitadoras de higiene” fue una tendencia en Latinoamérica. No obstante, existe cierto paralelismo entre “enfermería hospitalaria” y la “enfermería de atención básica”. Sin embargo, de forma progresiva —en la formación enfermera— hubo una inclinación hacia la “enfermería hospitalaria” y aunque estos eventos no han sido similares en toda Latinoamérica, la misma tendencia condicionó a varios países, según su contexto particular. Sin embargo, en los 40 fue importante el rol de la “enfermera visitadora” por su papel fundamental en las campañas de salud pública. Este fue el caso de la ciudad de Guayaquil en Ecuador (Higgins, 1941 en Rodríguez-Gómez, 2017), que para el año 1941 contaba con altos índices de tuberculosis —uno de los más altos del mundo—. Las “enfermeras visitadoras” fueron determinantes en el control de la enfermedad. La enfermería en salud comunitaria constituyó el mayor potencial al alcance de los países para extender los servicios de salud a la población más necesitada (OPS, 1976). Avanzando el siglo XX, estas brechas entre las enfermeras hospitalarias y las visitadoras desaparecerán, a partir de la formación integral en Enfermería, ya como estudios universitarios,

donde —las reformas de los programas— incluían en sus currículums la instrucción básica en salud pública (OPS, 1989 en Rodríguez-Gómez, 2017).

En 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaba cambios estructurales en la práctica y en la información en enfermería, así como el enfoque hacia problemas básicos de la comunidad¹⁸ (OMS, 1974). A partir de aquí, según los lineamientos dispuestos por la Atención Primaria de Salud y los movimientos de salud pública hicieron que aumentara el número de horas en el currículum dedicado a la salud pública. En 1976 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tomó como marco de referencia —para la enseñanza y la práctica de la enfermería comunitaria— la siguiente definición: “La enfermería comunitaria tiene como sujeto la comunidad, es la síntesis y aplicación de conocimientos y técnicas científicas dedicadas a la promoción restauración y conservación de la salud comunitaria”¹⁹. La salud comunitaria utiliza el método epidemiológico en sus actividades con la comunidad, identificando las necesidades de salud y planificando y ejecutando acciones de prevención donde busca la participación de la comunidad en los programas relacionados con la salud y el bienestar comunitarios (Mínguez Arias, 2012; Mínguez Arias & Cobos Rincón, 2019; Rodríguez-Gómez, 2017), En la actualidad la enfermería comunitaria o salud pública forman parte del currículum básico de la formación enfermera.

Por su parte el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) —en el marco de las competencias enfermas— señala que la enfermería comunitaria está basada en los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la profesión y de la salud pública, desde una concepción holística e integradora de los factores sociales de la salud. Estos conocimientos

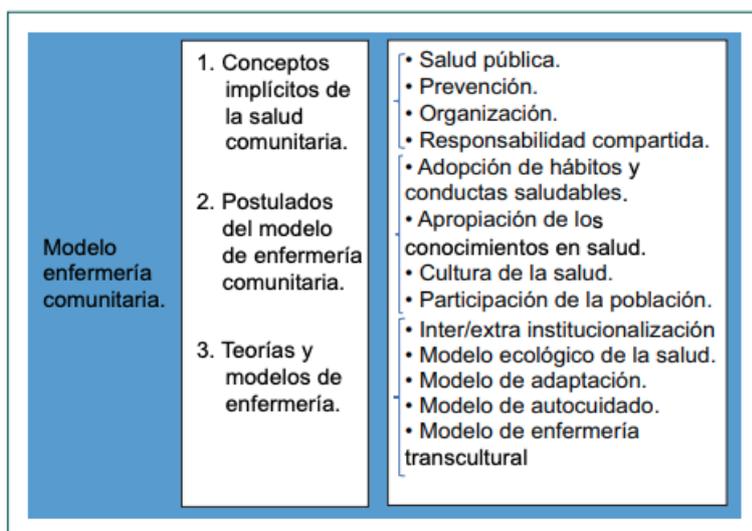
¹⁸ Para la OPS, la comunidad es un grupo social determinado por límites geográficos y/o valores e intereses comunes. sus miembros se conocen e influyen mutuamente. La comunidad funciona dentro de una determinada estructura social, y presenta y crea ciertos valores, normas e instituciones sociales. el individuo pertenece a la a la sociedad en el sentido más amplio a través de su familia y de su comunidad (Glosario de Promoción de la Salud de la OMS).

¹⁹ la salud de la comunidad, es el resultado de una relación recíproca e interacción del hombre con su ambiente y el impacto de los servicios de salud sobre éstos. En consecuencia, la salud de la comunidad es algo más que la suma de la salud de cada uno de sus miembros (Glosario de Promoción de la Salud de la OMS).

y habilidades los aplica en el trabajo con la comunidad y sus grupos, con el fin de promover, mantener y restaurar la salud. Para conseguir estos objetivos —enfermería comunitaria— hace uso de la participación comunitaria y de otros sectores, , una combinación de competencias como elementos fundamentales de la atención (Dandicourt Thomas, 2016), bajo la necesaria premisa de conocer a la comunidad para una exitosa implementación del modelo de atención comunitaria (Guzmán, 2016).

Según Gúzman (2016) la práctica de la enfermería en la comunidad ha de considerar (véase Figura 2): los conceptos implícitos en la salud comunitaria; los postulados del modelo de enfermería comunitaria; y teorías y modelos de enfermería. Este modelo debe ser abierto al avance científico y el desarrollo humano, ha de tener en cuenta su ética profesional, al profundo respeto por la cultura de las personas y las comunidades una actitud de escucha capacidad de trabajo en equipo y de ejercer un sano liderazgo (Hernández-Falcón, Alba-Leonel, 2021) y en ámbitos rurales indígenas se ha considerar especialmente los modelos de enfermería transcultural.

Figura 2. Modelo enfermería comunitaria que describe Lester



Fuente: Guzmán, 2016.

La enfermería en la comunidad —término utilizado en Ecuador para designar a enfermería comunitaria— tiene un papel muy importante, pues las enfermeras se convierten en el pilar fundamental en el cuidado integral de la sociedad, ayudando a elevar la calidad de vida de las personas. Se convierte en un medio de comunicación directo para la solución de sus problemas y necesidades. La enfermera comunitaria tiene un campo de acción muy activo y amplio, donde su área de trabajo está netamente establecido en las zonas urbano-marginales y rurales, en poblaciones de difícil acceso y de una diversidad étnica y cultural. Enfermería comunitaria se convierte en líder de la sociedad, afrontando situaciones adversas y en la medida de sus posibilidades buscando los medios para encontrar soluciones.

Si nos situamos en el contexto ecuatoriano, la enfermería comunitaria tiene como característica principal un escenario intercultural, que provoca un encuentro entre dos o más personas de diferentes culturas convergiendo y relacionándose en un mismo espacio geográfico. Espacio, que por lo general, le es propio al sujeto pasivo de esta relación —el usuario o paciente— (Pulido Fuentes, 2017), pero donde el cuidador —profesional de enfermería— no está preparado para interactuar con estas comunidades. A pesar de este contexto sociocultural diverso, Valdez Fernandez (2019) afirma que en enfermería aún no se habla de interculturalidad, lo que es evidente en la escasez de estudios de enfermería intercultural. Este hecho lo atribuye a la ausencia de una definición clara del término, por lo que Ecuador no está lejos de esta realidad (Valdez Fernandez, 2019). Sin embargo, en este escenario intercultural, la teoría de Leininger —anteriormente explicada— de la “Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural” plantea que la salud y el bienestar se alcanzan o restablecen con cuidados culturalmente congruentes y competentes, que reconozcan y respeten las diferentes cosmovisiones, modos de vida y prácticas culturales (Leininger, 2002). Para conseguir esto, es necesario aplicar una serie de acciones, como serían: descubrir las concepciones que tienen estas personas del mundo; factores de la estructura de vida; la lengua;

los cuidados genéricos –tradicionales o populares—; su etnohistoria y contexto ambiental. A partir de todas estas acciones lo que se pretende es recuperar o conservar los cuidados significativos para el bienestar de las personas y/o llegar a acuerdos sobre sus cuidados y si fuera el caso, reorganizar algunos de sus modos de vida (Leininger, 2002).

Volviendo al contexto ecuatoriano, según Cedeño et al. (2021), los profesionales que han concluido recientemente sus estudios universitarios son introducidos en los servicios de atención —con poblaciones indígenas— sin recibir una adecuada capacitación intercultural. En la formación académica no se adquieren de forma suficiente las competencias culturales (Pulido Fuentes, 2017). Esto es debido, a que —para el desarrollo de las competencias— se requeriría de importantes períodos de tiempo conviviendo y/ o ejerciendo profesionalmente con las comunidades a las que se pretende ofrecer el cuidado (Leininger, 1999). En Ecuador, los profesionales sanitarios como requisito final para obtener el título universitario —por ejemplo en enfermería— deben cumplir con el año rural, que es un periodo de trabajo principalmente en zonas rurales previo a su habilitación como profesional. En muchas ocasiones, ese es el único periodo —en su trayectoria profesional— en que estarán con población indígena. Por este motivo, Álvarez Romo et al. (2020) afirma que el escaso tiempo que se pasa en estas comunidades, sumado al escaso tiempo disponible con la comunidad —una vez ya trabajando en ellas— por la sobrecarga laboral-administrativa, el lidiar con el estrés de adaptarse a un medio ambiente que no es el propio, así como la distancia y el tiempo que puede llevar el acceder a lugares de difícil acceso; todo ello hace que estos profesionales no acaben desarrollando competencias culturales.

Los aspectos específicos del cuidado y la atención a la diversidad cultural, a partir de la propia práctica enfermera son fundamentales para el reconocimiento de la interculturalidad, que es algo que está en constante proceso y construcción, como lo afirma Menéndez (2016). En este sentido, la enfermería interculturalidad también se podría comprender como un proceso

que se construye desde el descubrimiento de la cultura de las personas, una cultura que no es estática, sino que se transforma, por tanto, también transforma el cuidado enfermero.

2. Interrogante de investigación y justificante de la interrogante

Este estudio trata de responder a la interrogante de investigación sobre:

¿Cómo se presenta el proceso de interrelación entre los diferentes modelos, saberes y formas de cuidado, atención-prevención a nivel comunitario, desde el enfoque materno y del personal de salud? ¿cuáles son los discursos y prácticas que presentan los diferentes actores?

Por tanto, la investigación pretender estudiar el “fenómeno de la interculturalidad” es decir la interacción entre culturas sanitarias distintas, centrándonos en la atención del cuidado a mujeres y niños/niñas indígenas. En definitiva, el núcleo de la investigación son los conocimientos y prácticas que accionan las madres indígenas de la comunidad, para recuperar o mantener la salud y prevenir la enfermedad, en contraposición con los conocimientos y acciones que se proveen desde la biomedicina —a través del personal de centro de salud—, siendo éste el fenómeno primario de la interculturalidad en la atención de salud. Por tanto, esta investigación supuso un largo y complicado trabajo que partió de una interrogante de investigación, a partir de la que nacen los correspondientes objetivos.

Desde muy joven me identifiqué con las causas sociales, por lo que desarrollé acciones de voluntariado que me permitieron conocer las desigualdades sociales en mi país despertando un especial interés por participar en actividades de apoyo social —en el ámbito de salubridad y educativo— en las comunidades indígenas y, con un foco especial, hacia las mujeres. El voluntariado y más adelante la formación académica, la docencia y la dedicación a la salud comunitaria han convertido en objetivo de mi profesión mejorar la calidad de atención dentro de la realidad indígena. En el caso de los indígenas de Cotopaxi (Andes Ecuatorianos) he podido conocer sus necesidades y la inequidad existente —en cuanto a la atención en salud—,

así como la incompreensión que la institución sanitaria, en general, tiene de sus formas de vida y su particular concepción de la salud-enfermedad. Toda esta experiencia, me permitió formular críticas y cuestionamientos personales en cuanto al funcionamiento del sistema de salud y, principalmente, de la atención primaria en salud, tanto las acciones de educación como de prevención y promoción de la salud. De este modo, llegué a reconocer cómo la discriminación reproducía ciertos estereotipos sociales, culturales y coloniales que estaban enmascarados por un discurso centrado en una atención basada en la tolerancia. Por otro lado, cada vez le encontraba más sentido reconocer la importancia de los saberes y prácticas de las comunidades indígenas y, por tanto, plantear un proyecto de tesis útil para estas comunidades. Esto hizo que me planteara como objetivo, analizar el enfoque de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud de madres y preescolares indígenas, con el fin de identificar la interacción entre los distintos modelos y formas de cuidado.

Si bien no conocía esta comunidad en particular, había visitado las comunidades de Cotopaxi como Palo Quemado y Huayrapungo, el relato de un par de exalumnas vecinas de la parroquia se desempeñaba como enfermeras en el hospital local, sobre la realidad local en especial la situación de pobreza me acercó a la parroquia.

Históricamente las poblaciones indígenas, desde un punto de vista social, se encuentran desproporcionalmente en situación de marginalidad y pobreza, lo que afecta sus condiciones de vida y salud. La situación de salud de los pueblos indígenas de Latinoamérica se ve marcada por la discriminación estructural, el racismo institucionalizado, la pobreza, la restricción en el acceso a la atención sanitaria de calidad y las barreras culturales aspectos que ejercen un impacto negativo en la salud de los pueblos y personas indígenas (CEPAL, 2014, pp.80-81). Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el Ecuador según el censo de 2010, 7 de cada 100 habitantes se autoidentifica como indígena, y es aquí donde se ubican los mayores índices de pobreza y problemas de salud (CEPAL, 2014). El cantón Sigchos

es uno de los más pobres de la provincia de Cotopaxi y del país, con un índice de extrema pobreza del 68.10 %. Chugchilán como parroquia del cantón Sigchos tiene el mayor porcentaje de población indígena con 7811 hab. La primera causa Morbilidad Infantil es la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) 59.2%, seguida por enfermedad diarreica aguda (EDA) 15.7%. En cuanto a mortalidad, el 45.28% de muertes en el cantón suceden por causas no especificadas en los mayores de 65 años y menores de 5 años. En cuanto a las causas no especificadas se refiere como factor el no llevar a los/as /niños/as y ancianos/as al control preventivo o de manera inmediata en caso de enfermedad (Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, 2017), comprobar que era una de las más pobres hizo optara realizar mí investigación en este lugar, ya que las condiciones socioeconómicas orientarían los conocimientos y prácticas de cuidado y atención de las madres indígenas y por otro lado los datos de la Dirección Provincial mostrarían una realidad epidemiológica, más no la realidad social y cultural del acceso a la salud, por lo que el estudio buscaba comprender estos aspectos.

La constitución del Ecuador del año 2008 reconoce al país como estado plurinacional e intercultural, marco a partir del cual se diseñaron nuevos proyectos nacionales que incluyeron a los pueblos indígenas. Por su parte el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador consolidó el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Sin embargo, luego de años de aprobada la constitución de Ecuador en el 2008 y de la formulación del nuevo modelo de atención, la realidad muestra que muchas propuestas fueron parte solo de un proyecto (Torres & López-Cevallos, 2017). El enfoque de la interculturalidad fue dejando a su paso acciones que se implantaron más o menos de manera regular, aun cuando en la teoría parecía que era una política muy clara (Torres & López-Cevallos, 2017; Herrera et al. 2018). Actualmente varias de las iniciativas no han logrado sostenerse, como en el caso que aquí nos ocupa, la interculturalidad en salud se ha simplificado a la atención del parto (parto vertical), y/o prácticas tradicionales (Gallegos et al., 2017;

Herrera-López et al., 2018; 2021), lo que implica cuestionarnos sobre las relaciones de poder que subyacen en el modelo actual, y conocer cuáles son los saberes, percepciones y prácticas que emplea el equipo de salud durante las acciones de prevención y promoción de la salud. Hay grandes brechas entre la complementariedad de estos modelos, el modelo biomédico y los otros modelos; “tradicional (...) y de autoatención” (Menéndez, 2016). Rasch & Bywater (2014, p. 920) señalan que el modelo biomédico positivista domina el sistema de salud en el Ecuador, siguiendo un patrón vertical y de cuidado episódico por encima de la atención preventiva y de promoción de la salud.

Por su parte Menéndez (2015) señala que si queremos instrumentar la interculturalidad respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p), lo primero es detectar y analizar los procesos de interculturalidad que ya están operando en la vida cotidiana, y a partir de ellos, tratar de impulsar y concretar objetivos interculturales. Es importante entender las brechas socioculturales persistentes en la atención de salud en la práctica, este enfoque es fundamental para empoderar a las poblaciones indígenas y otras poblaciones culturalmente distintas (Herrera-López et al., 2021).

En cuanto al ámbito profesional de enfermería, es evidente la escasez de estudios científicos en Ecuador que examinen y analicen el actual modelo de atención biomédico, en comparación con otros modelos como el de autoatención y el propio modelo de interculturalidad desde una visión crítica y desde la propia realidad de los actores sociales, principalmente mujeres indígenas y el cuidado de los niños/niñas. Este estudio no se centra en la medicina tradicional indígena, ya que existen varios estudios en este ámbito, sino que abarca los itinerarios terapéuticos, de cuidado y atención, desarrollados por parte de las mujeres indígenas, un aspecto poco explorado en el Ecuador y que fue corroborado ante la escasez de artículos científicos en el ámbito de enfermería.

Por ende, esta tesis doctoral abre un campo científico no explorado dentro de la profesión enfermera en el Ecuador, ya que pretende contribuir a establecer formas de atención y cuidado pertinentes a las comunidades, pero sobre todo orientado a las mujeres y niños/niñas indígenas. Y, sobre todo, con la pretensión de cuestionar el rol pasivo que juega la enfermería en el Ecuador, centrado en la atención primaria en la comunidad sin la participación del saber materno.

3. Objetivos

Analizar el enfoque de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud de madres y preescolares indígenas, por medio de la recolección de información en las comunidades pertenecientes al Subcentro de Salud de Chugchilan, con el fin de identificar la interacción entre los distintos modelos y formas de cuidado.

Objetivos Específicos

1. Analizar los valores, creencias y prácticas que orientan las actitudes y comportamientos de cuidado y autocuidado de las madres indígenas, frente a las acciones de prevención y promoción impartidas desde el centro de atención.
2. Describir los conocimientos, actitudes y prácticas que emplea el equipo de salud durante las acciones de prevención y promoción de la salud.
3. Analizar la relación entre el equipo de salud y las mujeres de la comunidad a partir de sus conocimientos y prácticas en el marco de las acciones de prevención y promoción de la salud.

4. Metodología

4.1. Diseño

El estudio pretendió conocer en profundidad cómo se articulan los saberes biomédicos y ancestrales desde las vivencias de las madres de familia indígenas, así como de los enfermeros/as y del resto del personal sanitario que trabaja con estas mujeres. Las comunidades indígenas constituyen una importante fuente de información, por lo que siguiendo a Malinowski se buscó conocer los procesos s/e/a-p y cuidado a través de quienes lo viven y en dónde lo viven. Y para ello me introduje en su espacio geográfico, tratando de ser partícipe de su realidad —aunque esto no siempre fue posible—. Por este motivo, la estrategia teórico-metodológica de la que se partió pretendió recuperar el punto de vista de estos actores y entender sus experiencias humanas. Se optó entonces por un enfoque cualitativo de corte etnográfico clásico. Igualmente, en este estudio se ha preferido como perspectiva metodológica, la perspectiva *emic*, es decir cuando el investigador privilegia en su estudio a los sujetos, o sea cuando estos pueden describir sus pensamientos, experiencias y su conducta desde su propio punto de vista (Corona Lisboa, 2018; Leininger, & McFarland, 2006). Este enfoque es idóneo para profundizar en la problemática del estudio y cobra relevancia cuando hay escasos estudios de este tipo en el campo de la enfermería, que estudian situaciones de vida-salud-enfermedad (Siles Gonzáles, & Solano Ruiz, 2009).

La investigación cualitativa se orienta en analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales (Flick, 2018). En cualquier investigación y más cuando se sitúa el eje de la investigación en los procesos de salud-enfermedad en la gestión de la salud, en la gestión de la salud y los cuidados enfermeros, partimos de la base de que, para poder describirlos en toda su complejidad debemos determinar los aspectos sociales, culturales, históricos y políticos en los que se encuadra (Lleixà-Fortuño & Montesó-Curto, 2017). Se trata entonces de una perspectiva que intenta capturar los fenómenos en profundidad y desde el contexto natural de los

participantes, tratando de dar sentido o intentando interpretar los fenómenos en los términos de significado que la gente le da (Denzin & Lincoln, 2008).

Por tanto, la etnografía fue el método de investigación por excelencia. Para Hammersley & Atkinson, (2004) la principal característica es que el etnógrafo participa, abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas, realiza descripciones detalladas de la experiencia concreta de la vida dentro de una cultura particular y de las reglas sociales que la constituyen, donde “la reflexividad es un aspecto de la investigación social” (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 36).

El objetivo de la investigación etnográfica es entender la visión que los nativos tienen de su propio mundo. Y favorece las formas naturalistas de recogida de datos como el trabajo de campo, es decir, el tiempo que se pasa “viviendo” con una comunidad (Flick, 2018), cómo fue el caso de nuestro estudio.

Buscamos describir, analizar e interpretar lo que vimos y nos dijeron. Geertz (2003) señala que todo análisis cultural,

por sus propias características, es incompleto y que [...] considerar las dimensiones simbólicas de la acción social [...] no es apartarse de los problemas existentes de la vida para ir a parar a algún ámbito empírico de formas desprovistas de emoción; por el contrario, es sumergirse en medio de tales problemas. La vocación esencial de la antropología interpretativa no es dar respuestas a nuestras preguntas más profundas, sino dar acceso a respuestas dadas por otros [...] y así permitirnos incluirlas en el registro consultable de lo que ha dicho el hombre (Geertz, 2003, p. 40)

Considerando los aspectos metodológicos de la etnografía clásica, una parte clave de esta estrategia de investigación fue el trabajo de campo y los métodos por excelencia fueron la observación participante (Guber, 2001; Hammersley & Atkinson, 1994; Spradley, 1979;

Taylor & Bogdan, 1987) y la entrevista etnográfica: entrevista conversacional informal y basada en un guión (Gaínza, 2014; Spradley, 1979). A través de estos métodos se ofrecerá una representación fidedigna de lo que los participantes dicen con sus propias palabras y de la manera cómo se comportan (Taylor y Bogdan, 1987). Las fases del estudio fueron: la fase exploratoria, la fase de trabajo de campo y la fase de análisis y redacción (Hammersley & Atkinson, 1994; Malinowski, 1976; Spradley, 1979).

A continuación, se presenta el diseño de la investigación propiamente dicho, describiendo de manera breve y clara el ámbito de estudio, las fases que tuvo la investigación, la obtención de datos y las distintas técnicas aplicadas, las etapas y características del trabajo de campo, los criterios de selección del espacio y de los participantes. Cómo se realizó el análisis de los datos y la presentación de los resultados. Así como una descripción de las fases subsecuentes; dificultades y limitaciones y consideraciones éticas.

4.2. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en el territorio de Chugchilán (Ecuador) ubicada en uno de los flancos laterales de los Andes Ecuatorianos, donde el grupo étnico más representativo es el pueblo “Kichwa” Panzaleo. Por la amplitud de este territorio y para cumplir con los objetivos de la investigación, se centró el estudio en la comunidad de Guayama Grande, al ser una de las comunidades con población solo indígena, y que mejor ha mantenido su cultura y organización social tradicional y en el centro de salud local de Chugchilán ubicado en la comunidad de Chasualo.

4.3. Fases de la investigación

Cómo ecuatoriana el contacto con las comunidades indígenas empezó desde muy joven, como voluntaria en dos etapas de vida: una durante mis estudios universitarios; y la otra en

años siguientes cuando ya como profesional me enrole en otros proyectos sociales, esto me permitió tener una primera idea de la vida en estas comunidades. Pese a esta experiencia, el estudio y el trabajo de campo propiamente requerían de una inmersión pausada y profunda, por lo que para el desarrollo de esta investigación se plantearon tres fases. Estas fases fueron: fase exploratoria; fase de trabajo de campo; y fase de análisis y redacción de la tesis. Cada fase cumplía un objetivo distinto y aquí las técnicas e instrumentos jugaron un rol fundamental. Tanto la observación como la entrevista y el diario de campo permitieron obtener información para el estudio desde distintos enfoques.

4.3.1. Fase exploratoria

Esta etapa básicamente tuvo como finalidad la aproximación, obtener una visión descriptiva de la parroquia y del trabajo en el centro de atención. Se realizan las primeras observaciones (Observación descriptiva), para tener una visión holística de la realidad del fenómeno (Spradley,1979).

- Una **primera etapa exploratoria (pre-COVID-19)**, por tanto, creemos importante dadas las circunstancias recalcar que esta fase se llevó a cabo en dos etapas diferentes. Esta etapa se realizó entre diciembre 2018 y febrero 2019 y tuvo como objetivo observar, indagar y analizar el problema de la investigación de primera mano. Durante esta fase se realizó:
 - a) Una ampliación del objeto de estudio de la tesis.
 - b) La formulación del planteamiento de los objetivos, interrogantes de partida y detalles de la metodología de la investigación.
 - c) La búsqueda bibliográfica específica del área de estudio y el análisis documental.
 - d) Las primeras entrevistas exploratorias con algunos de los informantes clave.

Esta etapa debía retomarse un par de meses, luego de una pequeña estancia en Barcelona que permitiera afinar detalles metodológicos con las directoras. Sin embargo, la pandemia y un primer confinamiento harían replantear el programa, por lo que después de casi un año se pudo retornar a Chugchilan-Ecuador, pero aún con pandemia.

- **La segunda etapa exploratoria (COVID-19), se la realizó entre (septiembre 2020 pandemia);** Al inicio de esta etapa no sabíamos qué encontraríamos, era claro que la pandemia había creado otras circunstancias y debíamos conocerlas y adaptarnos. Por tanto, la etapa exploratoria nunca mejor dicho adquiere importancia. Luego de cumplir la cuarentena posterior a mi llegada de España y elaboré mi propio protocolo COVID-19 para llevar a cabo el trabajo de campo, emprendí un largo viaje de seis horas hasta el que sería mi nuevo hogar por los próximos ocho meses. El objetivo en esta etapa fue entonces observar y analizar lo que tuviera relación con el cuidado de la salud, las dinámicas de acceso al sistema de salud por parte de las madres²⁰ indígenas, así como conocer y entender su organización social y otros aspectos generales de su forma de vida, con estos datos el objetivo era determinar la zona específica para el trabajo de campo y especialmente de la observación participante. Esta fase corresponde al primer contacto directo con las comunidades indígenas. Durante esta fase ejecute:

- a) La entrada al campo.
- b) Los primeros contactos y permisos con los porteros²¹ así como la anuencia comunitaria.
- c) Entrevistas exploratorias a los informantes clave.
- d) Observaciones y recorridos exploratorios.

²⁰ La categoría que uso son las madres porque el foco lo pongo en ellas y en su relación en el cuidado de los hijos y la familia.

²¹ Son los responsables de las organizaciones (Taylor & Bogdan, 1987)

- e) Reclutamiento de las participantes primarias (bola de nieve).

En esta etapa fuimos detectando aspectos importantes que centraron el estudio²² especialmente la observación participante. A raíz de las características descritas se determinó la necesidad de centrar el trabajo de campo; observación participante en la Comunidad de Guayama Grande y las observaciones focalizadas en el Centro de Salud de Chugchilán, así como en las visitas a otras comunidades junto con el personal de salud.

4.3.2. Fase de trabajo de campo (octubre 2020-abril 2021)

Entonces el trabajo de campo se dio entre:

- El Centro de Salud de Chugchilán Tipo A, ubicado en el centro de la parroquia de Chugchilán
- Y la comunidad de Guayama Grande.

En esta fase se realizó:

- a) Observación participante
- b) Selección de las participantes
- c) Entrevistas a las participantes
- d) Entrevistas al personal de salud
- e) Continuación de las entrevistas indagatorias
- f) Continuación del análisis documental

Los primeros 30 días se realizaron visitas a algunas familias cercanas, el portero en este caso fue el presidente de la comunidad de Guayama Grande, quien fue el encargado de

²² Estos aspectos son desarrollados en la parte del ámbito de estudio, en el trabajo de campo y en la observación participante y no participante.

presentarme al resto de la comunidad y puso a un segundo portero Juan (seudónimo) para que me ayude en lo que necesite. Juan fue el encargado de llevarme en moto y presentarme a las mujeres con niños menores de 5 años, madres adolescentes y embarazadas.

Fueron 8 meses de trabajo de campo, que transcurrieron entre hogares itinerantes; el de Guayama Grande y el de Chugchilán, se compartió de manera casi cotidiana con las mujeres, hombres y niños/as de la comunidad. Durante la mayoría de los días en Guayama tuve conmigo a Juan, él se encargaba de proveerme de la comida y de ayudarme con el transporte dentro de la comunidad, así como hacer de enlace con el resto de las personas de la comunidad. Esto hizo que con él y su familia mantuviera una relación más estrecha.

Por otro parte en Chugchilán también tuve a Luz (seudónimo) y Carlos (seudónimo) quienes me brindaron hospedaje en su casa, comida y me colaboraron con el transporte hacia las otras comunidades de Chugchilán, estos últimos me adoptaron como una más de la familia.

El itinerario del trabajo de campo muchas veces se adaptó a las circunstancias del momento, pero en resumen se dedicaron cuatro días continuos a la convivencia con la comunidad y dos o tres días a visitas al centro de salud y otros centros de atención a los que acudían las personas de la comunidad y por lo menos un día a la semana se lo dedico al descanso (véanse Tabla 1 y Tabla 2).

Tabla 1. *Itinerario de trabajo de campo en Guayama Grande*

Día	Jornada	Lugar	Actividad
Lunes	AM	Comunidad de	Desayuno
Martes		Guayama	Sobre las 8-9 am empezaba los recorridos por la comunidad algunos días sola y otros con Juan.
Miércoles		Grande	Colaborando y acompañando algunas madres en las actividades principalmente del campo; siembra y cosecha de productos.
Jueves			Entrevistas etnográficas Comida
	PM		En la tarde jugar con los niños que me visitaban, caminar con ellos para visitar otras viviendas, entrevistas.

Fuente: Elaboración propia

El itinerario del trabajo de campo con el personal de salud en el centro de salud o en alguna comunidad fue básicamente (véase Tabla 2).

Tabla 2. *Itinerario de trabajo de campo en Chugchilán y el Centro de Salud*

Días	Jornada	Lugar	Actividad
Viernes	AM	Chugchilán;	Desayuno
Sábado		Centro de	A las 8 de la mañana visitas a las comunidades con el personal de salud.
*Domingo		salud.	Colaborar en las brigadas. Observar la interacción con las personas dentro del centro de salud. Comida
	PM		Entrevistas al personal de salud.
Domingo			Descanso

Fuente: Elaboración propia.

Las modificaciones del itinerario surtieron principalmente por disponibilidad o no de los participantes y por eventos a los que decidí asistir ya que fueron considerados relevantes para el estudio.

A inicios de abril se inició a preparar la salida del campo, informando al portero principal y al resto de la comunidad, se rindieron los primeros informes en la asamblea de la comunidad.

4.3.3. Fase de análisis y redacción de la tesis

Es en esta fase cuando la investigación adquiere un carácter explicativo, buscando dar respuesta a las interrogantes de investigación. Por tanto, esta fase tuvo como objetivo describir, analizar e interpretar lo que las madres hicieron y dijeron en cuanto al cuidado de la salud y la prevención de enfermedades. También lo que el personal sanitario hizo y dijo durante la atención a las madres indígenas. Durante esta fase:

- a) Se trató la información de forma organizada y secuencial. Los apuntes tomados en el diario de campo y el material de audio se transcribieron con exactitud utilizando el procesador de texto de Word.
- b) Luego de esto se analizó el contenido y luego se codificaron los datos según temas que fueron seleccionados como relevantes en las entrevistas, se desarrollarán categorías (Dierckx de Casterlé et al., 2012; Spradley, 1979; Taylor & Bogdan, 1987).
- c) Se realizó el análisis de la información, una vez que fue totalmente organizada y codificada toda la información obtenida. Este análisis permitió interpretar los datos en el contexto que fueron recogidos (Taylor & Bogdan, 1987).
- d) Se estableció el guión para el redactado final de la tesis, así como la redacción final de la misma.

4.4. Selección de los participantes

Para poder trabajar los objetivos planteados en esta investigación, se recurrió a dos grupos de estudio que fueron las madres indígenas y al equipo de salud, estos dos grupos fueron nuestros participantes (informantes).

En cuanto a la muestra se considera lo mencionado por Hammersley y Atkinson que: “El diseño de la investigación en etnografía, tanto si está relacionado con la selección de casos de estudio como con otros aspectos, es un proceso continuo” (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 62). “La relación entre problemas de investigación y los casos seleccionados deben ser revisados constantemente” (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 62). Taylor y Bogdan, señalan a su vez que la muestra se define típicamente sobre una base que evoluciona a medida que el estudio progresa, por lo que ni el número, ni el tipo de informantes se especifica de antemano (Taylor y Bogdan, 1987). Debido a que el azar no puede ser el criterio a la hora de elegir a los

participantes se hizo uso del muestreo intencional, cuyo objetivo fue muestrear casos/participantes de manera estratégica, para que los participantes sean relevantes para las preguntas de investigación que se plantean. Utilizamos la técnica de la “bola de nieve” que permitió conocer algunos informantes y lograr que ellos nos presenten a otros. El muestreo fue continuo hasta que se produjo la saturación teórica. Se consideraron como criterios generales de selección de la muestra; la heterogeneidad, factibilidad y accesibilidad. Siguiendo a Taylor y Bogdan, ellos advierten que el investigador comienza con una idea general sobre las personas a las que entrevistará (Taylor y Bogdan, 1987), bajo esto se establecen algunos criterios generales (iniciales) de inclusión y exclusión:

Grupo 1: madres indígenas

En el grupo de madres indígenas los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes.

Criterios de inclusión fueron:

- Mujeres auto identificadas como indígenas que vivían y pertenecían a la comunidad de Guayama Grande.
- Mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 44 años).
- Mujeres con niños (entre 0 a 5 años).
- Recibir y haber hecho uso de los servicios que presta el Centro de salud (CS).

Criterios de exclusión fueron:

- Mujeres con discapacidad física y/o mental.
- Mujeres que no pertenezcan a la comunidad.
- Mujeres con factor de riesgo a COVID-19 (véase Anexo 7) protocolo COVID-19 para el investigador).

La heterogeneidad de la muestra estuvo determinada por factores sociodemográficos tales como: número y edad de los hijos, tipo de familia y organización familiar — monoparental, extendida, etc.—, escolaridad, ocupación (Blanco & Castro, 2007). Factores de salud como: comportamientos de alto riesgo, nutrición, embarazo. (Purnell,1999).

Grupo 2: equipo de salud

En el grupo del equipo de salud, los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes.

Criterios de inclusión fueron:

- Que sea parte de alguno de los equipos de atención integral de salud (EAIS).
- Que realice actividad intra y extramural.
- Que tenga un mínimo de 6 meses ejerciendo estas actividades.

Criterios de exclusión fueron:

- Personal de salud que no pertenezca a los EAIS.
- Personal no sanitario.

4.4.1. Descripción de los participantes

Grupo madres

Las participantes del estudio y que pertenecen al grupo de madres fueron 14 madres de la comunidad de Guayama Grande. Algunas de las características de las madres se describen en la siguiente tabla (Tabla 3).

Tabla 3. Datos sociodemográficos de la muestra “grupo madres”

Código*	EDAD	N.º Hijos/as	N.º Hijos/as < 1a.	N.º Hijos/as < 5 a.	Embarazo	Nivel Estudios	Pareja	Soltera	Creencias	Idioma
(Anahí_B_25)	25	3	1	1		Primaria incompleta	x		Católica	B ¹
(Nuna_B_24)	24	3		1		Primaria completa	x		Evangelica	B ¹
(Dayami_B_40)	40	6		1		Primaria completa	x		Evangelica	B ¹
(Sisa_B_16)	16	1	1			Secundaria (cursando)		x	Católica	B ¹
(Nelli_B_42)	42	10		2	X*	Primaria completa	x		Católica	B ¹
(Mayen_B_27)	27	3		1		Primaria incompleta		x	Católica	B ¹
(Litza_B_22)	22	2		1		Primaria completa		x	Católica	B ¹
(Amelia_Q_42)	42	5		1		Ninguno		x	Católica	Q ²
(Rocio_B_23)	23	2		2		Primaria completa	x		Evangelica	B ¹
(Maura_B_28)	28	4		2		Secundaria incompleta	x		Evangelica	B ¹
(Laura_B_21)	21	1		1		Universidad (cursando)	x		Católica	B ¹
(Maywa_B_38)	38	3		2		Universidad completa	x		Evangelica	B ¹
(Blanca_B_29)	29	3		1		Secundaria incompleta	x		Católica	B ¹
(Asiri_B_30)	30	4	1	1		Secundaria completa	x		Católica	B ¹

¹ Bilingüe Español/Quechua ² Quechua

* En la codificación de la muestra de mujeres consta: pseudónimo lengua(B-bilingüe o Q-solo quechua)_edad(expresada en años).

** En este caso, la mujer estaba embarazada y dio a luz durante el periodo de trabajo de campo, por eso se contabilizan 10 hijos/as y el embarazo que fue a término.

Fuente: Elaboración propia.

Grupo equipo de salud

Los participantes del grupo fueron 21, la mayoría del personal de salud estaba recién graduado cumpliendo con su “año de salud rural” —periodo obligatorio posterior a la graduación y anterior a ejercer oficialmente su profesión—. Entre los participantes encontramos prestadores de salud indígenas —Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS)— y personal de salud no indígena (PSnI). Todos ellos conforman los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS). Los participantes fueron: 1 médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que asiste al CS de forma itinerante; 5 médicos generales; 3 odontólogos; 3 enfermeras; 3 obstetras; 7 TAPS. El personal permanente en el centro de salud eran los TAPS y el médico especialista, el resto del PSnI era recién graduado en su “año rural” de dos periodos distintos. Del PSnI en su “año rural”, un grupo, para el inicio del trabajo de campo se encontraba próximo a terminar su periodo y otro grupo que estaba empezando (véase Tabla 4). Aunque se esperó que cumplieran los seis meses para incluirlos en el estudio, por lo menos de manera oficial, sin embargo, esta delimitación en la observación del trabajo extramural fue difícil de aplicar dado que los equipos estaban formados por personal antiguo y nuevo.

Tabla 4. *Periodo trabajo de campo (TC) y de relevo del Año Rural*

Periodo	Año 2020												Año 2021							
Periodo													Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
TC																				
Grupo 1	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ags	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr				
	(Ini)																			
Grupo 2							Jul	Ags	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr				
							(Ini)													

Grupo 1: de enero 2020 - diciembre 2020

Grupo 2: de julio 2020 - junio 2021

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra de profesionales sanitarios, las pasamos a mostrar en la Tabla 5.

Tabla 5. *Datos sociodemográficos de la muestra “grupo equipo de salud”*

Código general	Pseudónimo	Profesión	Edad	Formación	Antigüedad
(Oscar_MED_26)	Oscar	Médico	26	Universitaria	11 m.
(Jorge_MED_27)	Jorge	Médico	27	Universitaria	6 m.
(Paola_MED_25)	Paola	Médica	25	Universitaria	7 m.
(Marylin_MED_26)	Marylin	Médica	26	Universitaria	6 m.
(Ana_MED_26)	Ana	Médica	26	Universitaria	1 a.
(Natalia_ESP_36)	Natalia	Med. Especialista en salud Comunitaria	36	Universitaria	5 a.
(Rocio_ODON_25)	Rocío	Odontóloga	25	Universitaria	7 m.
(Sergio_ODON_26)	Sergio	Odontólogo	26	Universitaria	6 m.
(Alejandra_ODON_24)	Alejandra	Odontóloga	24	Universitaria	6 m.
(Santiago_ENF_25)	Santiago	Enfermera	25	Universitaria	11 m.
(Nora_ENF_24)	Nora	Enfermera	24	Universitaria	6 m.
(Aida_ENF_24)	Aida	Enfermera	24	Universitaria	6 m.
(Marta_ENF_25)	Marta	Enfermera	25	Universitaria	11 m.
(Mayra_OBST_26)	Mayra	Obstetra	26	Universitaria	6 m.
(Pablo_TAPS_34)	Pablo	TAPS	34	Profesional (Técnica)	7 a.
(Miguel_TAPS_34)	Miguel	TAPS	34	Profesional (Técnica)	7 a.
(María_TAPS_28)	María	TAPS	28	Profesional (Técnica)	7 a.
(Juana_TAPS_32)	Juana	TAPS	32	Profesional (Técnica)	7 a.
(Marcela_TAPS_36)	Marcela	TAPS	36	Profesional (Técnica)	7 a.
(Ana_TAPS_27)	Ana	TAPS	27	Profesional (Técnica)	7 a.
(Lucía_TAPS_32)	Lucía	TAPS	32	Profesional (Técnica)	7 a.

Fuente: Elaboración propia.

4.5. Generación de datos: Técnicas e instrumentos de investigación

4.5.1. Observación participante

Durante el transcurso de la investigación se construyó un diario de campo para registrar las observaciones. Se realizaron apuntes de la observación participante, conversaciones con informantes clave, observaciones y contextos de las entrevistas, impresiones e interpretaciones personales. El objetivo principal de la utilización de esta técnica de investigación fue la de observar lo que sucedía en los diferentes escenarios a estudiar con los diferentes participantes.

En cuanto a la observación participante y la lengua no hubo mayor problema. En algún momento se pensó que el tema de idioma podía ser una barrera, pese a esto la comprensión muy básica de la lengua, así como el hecho de que todas las participantes entendieran el castellano y lo hablaran —aunque no siempre de manera fluida—, ayudó en la interacción. Solo en dos ocasiones se debió hacer uso de un intérprete para palabras o frases puntuales.

En cuanto a la observación y las restricciones por la pandemia COVID-19, también se pensó que las restricciones propias de la pandemia dificultarían la interacción o que el uso de mascarillas impediría apreciar los gestos y expresiones de las personas, sin embargo, la ausencia de casos y una población bastante relajada con respecto al distanciamiento social facilitaron el contacto y el ingreso en las viviendas, por tanto, la observación participante.

En camino a la observación participante en Guayama Grande y en cuanto a las madres busque involucrarme en la vida comunitaria, conforme Guber (2004), mediante la convivencia en la comunidad y participando principalmente en las actividades comunitarias. Los primeros días en el campo se dieron haciendo caminatas e iniciando conversaciones informales, presentándome y conversando con las personas que encontraba en el camino y explicándoles el objetivo de mi estancia en la comunidad. Buscando generar así un mínimo tejido social de

apoyo. Se realizaron las primeras observaciones (observación descriptiva), para tener una visión holística de la realidad del fenómeno y familiarizarme con el entorno (Spradley, 1979).

Los días posteriores fueron dedicados simplemente a observar y dejarme llevar por lo que sucediera, así fue como, dependiendo de la familia, en ocasiones ayudaba a: las mujeres o niños/as a llevar los animalitos a las zonas donde pastaba; colaboraba en los trabajos de la tierra cómo el sembrar o cosechar sus productos; en las tardes retomaba los recorridos por la comunidad sola o con los niños/as. A los niños/as les ayudaba a recoger paja y leña o simplemente conversaba, caminaba y jugaba con ellos. Ganar la confianza de los niños/as fue una forma de ganar mayor confianza por parte de las madres. Otros días les ayudaba recolectar chochos²³ y otras veces colaboré en el proceso de limpieza de los chochos, que era una actividad más comunitaria por lo que aquí encontraba a varias mujeres del mismo grupo familiar. También acudía a las mingas²⁴ en las que trabajan por igual hombres y mujeres, alguna vez ayude en esta tarea, pero en otras prefería entretener a los niños mientras sus padres/madres trabajaban. Y en otras ocasiones, simplemente acompañe durante el descanso. En estos días concluimos, que debido a que la comunidad está conformada principalmente por familias extendidas, entonces siempre seré extranjera/extraña.

Subsiguientemente se realizaron observaciones focalizadas y observación selectiva (Spradley,1979), con las participantes: Se observaron actividades de cuidado diario, autocuidado y autoatención y otros factores sociales y culturales que influían en el proceso salud/enfermedad/atención-promoción. Según Spradley (1979) solo se podrá focalizar mejor la observación cuando se tiene un conocimiento más amplio y profundo de la comunidad, por lo que ahora el propósito de la observación era más específico. Las observaciones se dieron en

²³ Altramuces

²⁴ Minga: palabra quechua que significa, reunión de amigos y vecinos para hacer algún trabajo gratuito en común.

la comunidad, las viviendas, en el campo, el centro de atención de salud y otros lugares donde se da la vida diaria de los participantes.

La condición de observador participante y no participante estuvo marcada por los contextos en los que se iba desarrollando un escenario. Puedo decir que no siempre fue totalmente participante ya que como referí anteriormente fui un extraño en el que confiaban “la compañera Anita” o la “compañera chinita” como me llamaban. Así mismo la condición de observador participante se daba principalmente en las actividades comunitarias o sociales, pero en la interacción familiar fui un observador no participante. En la siguiente tabla se describen algunos de los principales escenarios (véase Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de los escenarios de observación con la muestra “grupo de madres”

ESCENARIOS
Las asambleas donde se trabajaban aspectos de interés comunitario o donde las autoridades rendían cuentas a los comuneros.
En la vida diaria de la madre en la vivienda, donde interactuaba o no, con los otros miembros de la familia
En la actividad diaria de la comunidad y en especial de las mujeres; como el pastoreo de los animales, el trabajo en la tierra (sembrar-cosechar), las mingas.
En situaciones de estudio, paseo, juegos caminatas con los niños
Los eventos comunitarios, fiestas populares y/o fiestas familiares, comidas con personas de la comunidad y con el personal de salud.

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a los EAIS (véase Tabla 7) y la observación los primeros días me uní de forma espontánea a los técnicos de atención primaria —a quienes ya conocía— en las visitas domiciliarias —trabajo extramural—. Luego busqué oportunidades para unirme a los equipos de atención integral de salud (EAIS) propiamente. Inicialmente busqué planificar las observaciones con el coordinador del centro de salud. Sin embargo, más adelante al darnos

cuenta del rol que jugaban los TAPS —unos más que otros— en la organización de las actividades extramurales, decidimos coordinar nuestro trabajo en base a su información y nuestro presupuesto —para las visitas extramurales se requirió contratar el transporte que permitiera al EAIS y a mi persona realizar las visitas—. Las observaciones participante y no participante con el equipo de salud eran principalmente durante las salidas o visitas domiciliarias con los EAIS a las familias con algún factor de riesgo —esquema incompleto de vacunas, madres embarazadas o postparto, etc.— Durante las dos brigadas médicas que se organizaron en Guayama San Pedro y Guayama Grande, donde colaboramos en la toma de signos vitales y llenado de formularios. También observaciones dentro de la consulta médica, enfermera y de odontología cuando se autorizaba. En la siguiente tabla se describen algunos de los principales escenarios. Al igual que con las madres las primeras observaciones fueron descriptivas y luego focalizadas y selectivas (Spradley, 1979) sobre aspectos concretos del fenómeno de estudio.

Tabla 7. Descripción de los escenarios de observación con la muestra “grupo equipo de salud”

ESCENARIOS
Situaciones de interacción de personas (mujeres, hombres, adultos mayores) con los servicios sanitarios y con los/as profesionales sanitarios dentro y fuera del centro de atención
Las situaciones de atención de salud como las brigadas médicas
Los eventos del centro de salud como la reunión de los comités locales de salud, la capacitación a parteros/as.

Fuente: Elaboración propia.

4.5.2. Entrevistas

Las entrevistas se dieron tanto en la etapa exploratoria, como en la de campo y estuvieron dirigidas según los objetivos a las madres y los miembros del equipo de salud. Entendiendo a la entrevista etnográfica como un proceso de conversación informal entre el investigador y las/los participantes, en la cual van surgiendo preguntas de forma natural adaptadas a los sujetos al contexto y al objeto de estudio y transcurren en el día a día de las personas seleccionadas, y ya que el objetivo es obtener información en torno el fenómeno de estudio, y posteriormente el investigador va introduciendo ciertas pautas en la interacción en base al guión de temas a tratar (Garrido, 2017; Spradley, 1979). Por tanto, las interacciones en la vida diaria de las personas fue la oportunidad de realizar entrevistas junto con otra técnica como la observación, por lo que como investigadora aproveche estas interacciones para obtener los datos.

Los tipos de entrevistas usados fueron:

- Entrevista etnográfica/abierta (conversacional-informal, no estructurada con los informantes y participantes, durante las observaciones participantes)
- Entrevista en profundidad con un guión que se pudo ampliar o modificar durante el transcurso de la entrevista, así como modificar el orden y el momento en que se formularon. (Garrido, 2017; Taylor y Bogdan, 1987).

Las entrevistas en las etapas exploratorias y en la primera fase del trabajo de campo tuvieron como objetivo conversar principalmente con los informantes clave (Tabla 8) para ir conociendo y entendiendo, poco a poco su forma de vida y costumbres, y de esta manera facilitar el desarrollo del estudio. Pude explorar las características comunitarias y sociales de la población, obtener una visión descriptiva de la comunidad y determinar algunas posibles participantes.

Estas primeras entrevistas fueron con:

- Líderes y ex líderes comunitarios y de la parroquia.
- Otros representantes sociales como: líderes de las organizaciones de mujeres, representantes de los centros preescolares y escolares, líder de la iglesia, líder del comité local de salud.
- Representantes de la medicina tradicional indígena como: parteras y yachaks.
- Representantes del ministerio de salud pública cómo: coordinador distrital de salud y responsable de promoción de salud del distrito.

Tabla 8. Descripción de los informantes clave

Nº	INFORMANTES CLAVE (no participantes)
1	Ex presidente de la comunidad
2	Presidente del Gobierno Autónomo Descentralizado Rural de Chugchilán
3	Esposa del presidente del Gobierno Autónomo Descentralizado Rural de Chugchilán
4	Ayudante del presidente de la Comunidad
5	Gestor del vivero de la comunidad
6	Partera de Cuisana
7	Partero de Pilapuchin
8	Partera Guaya San Pedro
9	Yachcack
10	Presidente de la comunidad
11	Padres de Anahí y Asirí
12	Gerente Hospital Básico Sigchos
13	Dr. Coordinador de Centro de Salud de Zumbahua
14	Gerente de Hospital de Zumbahua
15	Responsable de promoción de la salud e interculturalidad del Distrito de Salud (en su momento)
16	Director Distrital de Salud Pujilí Saquisilí Sigchos (En su momento)
17	Líder de mujeres del Gobierno Autónomo Descentralizado Rural de Chugchilán
18	Director Escuela de la Comunidad
19	Sacerdote Líder católico de la Parroquia y Comunidades de Chugchilán
20	Gerente Hostal en Chugchilán
21	Dueña Hostal donde residía

Fuente: Elaboración propia.

Entrevistas trabajo de campo en esta fase las entrevistas fueron a los propios sujetos de estudio (madres y personal de salud).

- **Las entrevistas en profundidad a las madres** tuvieron como propósito conocer los valores, creencias y prácticas de cuidado para la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud. Se realizaron 14 entrevistas a las madres bajo un gui3n pre establecido (véase Anexo 1). El lugar de las entrevistas fue diverso, pero respetando los lugares acordados, principalmente en las viviendas, en segundo lugar, en el campo y finalmente algunas en mi vivienda temporal (por comodidad de las madres ya que era un lugar que estaba de paso y entre sus tierras y sus viviendas).
- **Las entrevistas en profundidad a los miembros de los EAIS** tuvieron como propósito conocer los discursos y prácticas del personal de salud sobre prevención y promoci3n de la salud en comunidades indígenas. Así como los discursos sobre las prácticas maternas. Se realizaron un total de 20 entrevistas, uno de los participantes decidió en último momento no dar la entrevista. En este caso las entrevistas se realizaron en el centro de salud en las áreas de trabajo respectivas.

Previo el consentimiento informado de todos/as las participantes, y luego incluso previo un nuevo consentimiento verbal en el momento de las entrevistas estas fueron registradas en formato audio mediante grabaci3n in situ y luego fueron transcritas para el respectivo análisis.

La duraci3n promedio de las entrevistas fue de aproximadamente 60 minutos, en algunos casos pudo llevar más o menos tiempo. La demora de las entrevistas pudo deberse debido a que por el tipo de entrevista —durante la conversaci3n pudieron aparecer diversos temas— se podía generar dispersi3n de la conversaci3n con respecto al objeto de estudio.

Todo en un marco de profundo respeto y demostración de interés, sensibilidad y empatía por sus discursos que a su vez fueron sus experiencias de vida.

4.6. Análisis de la información

El proceso de análisis va ligado al de recogida de la información y buscó comprender las diversas situaciones asociadas al fenómeno de la interculturalidad en las acciones de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad por parte de la madre por lo que el enfoque de análisis temático se determinó con los resultados obtenidos. La posición como investigadora estuvo centrada desde un enfoque crítico. A lo largo de la investigación, detectamos temas emergentes, seguimos su hilo y los profundizamos, retomamos las notas de campo y fuimos desarrollando proposiciones (Taylor, & Bogdan, 1987).

El análisis de la información como proceso se realizó utilizando el método de análisis contenido, manipulando la información de forma organizada y secuencial. El análisis se llevó a cabo en varias fases, establecimos nos propio proceso considerando el método de análisis Guía QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven) (Dierckx de Casterlé et al., 2012) y el propuesto por Taylor, & Bogdan, (1987).

Este análisis de los datos siguió un orden que se resume a continuación.

- En la fase de descubrimiento, los apuntes tomados en el diario de campo y el material de audio se transcribieron con exactitud utilizando el procesador de texto de Word. De esta manera se realizó una primera inmersión en el contenido y se plantearon las primeras ideas tomando en cuenta los objetivos del estudio. Después de varias lecturas repetidas, se plantearon los temas emergentes (patrones culturales y conductuales recurrentes) o categorías de significados (Taylor & Bogdan, 1987).

- En la fase de análisis y codificación una vez ya no se recogen más datos se procedió con la codificación de los datos de análisis, codificación que se realiza según los temas seleccionados como relevantes.
- La fase de integración de la información consistió en relacionar los temas y elaborar un guión adecuado considerando los aportes teóricos.

El proceso permitió identificar patrones recurrentes, conectar los resultados obtenidos a un cuerpo más grande de conocimientos, interpretarlos y darle sentido a partir de los cuales se pudo identificar los patrones culturales y patrones conductuales de comportamiento del grupo relacionados con las acciones de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad y su relación con los distintos modelos médicos.

4.7. Dificultades y limitaciones

Para la realización de estudio y como una característica más de lo conlleva un estudio de investigación en seres humanos, se presentaron algunas dificultades y limitaciones

- La principal dificultad tuvo que ver con la aprobación del comité de bioética, este estudio pasó por un primer comité en Ecuador por cerca de un año, la demora en este proceso y la dificultad para obtener respuestas claras y breves implicaron el cambio de comité. Un segundo comité implicaría nuevas reglas del juego, sin embargo, con este luego de casi 9 meses se pudo obtener la aprobación definitiva, luego de cumplir con todos los requisitos, incluidos los requerimientos correspondientes a las medidas de prevención por la pandemia debido a la consideración de estas poblaciones como vulnerables.
- La segunda dificultad fue que en el mismo año que se tenía previsto la entrada al campo se presentará la pandemia por COVID-19, lo que impediría viajar al Ecuador y por tanto

un retraso en el estudio y en el cumplimiento de uno de los requerimientos del comité de bioética —la anuencia comunitaria—.

- La tercera dificultad sería la misma pandemia con efecto retardado en Ecuador, ya que mientras en España las cosas mejoraron, en Ecuador se mantenían restricciones en los viajes entre provincias, esto implicó que estuviera varias semanas sin poder ir a la comunidad, pese a estar ya en el país.
- Las limitaciones ya en el campo fueron la gran distancia y el insuficiente y deficiente transporte entre las comunidades, la vida misma en la comunidad, la adaptación a la comida, el clima y en algunos días no poder cubrir algunas necesidades básicas como una simple ducha caliente.
- Finalmente, aunque hubo momentos de descanso el no poder salir durante 8 meses, como parte de las restricciones por la pandemia hicieron mella los dos últimos meses, donde ya se veía necesario salir de la comunidad y la parroquia.
- Al margen de la serie de dificultades que se pueden dar en el día a día de la investigación aparecieron otros aspectos a nivel personal donde la salud se veía gravemente afectada.

4.8. Consideraciones éticas

En la investigación, se tuvieron presente las directrices bioéticas establecidas por el Informe Belmont (Observatori de Bioètica i Dret arc Científic de Barcelona, 1979) y por la Declaración de Helsinki (1964-2013) (Asociación Médica Mundial, 2013), así como las normativas y directrices nacionales tanto de España como de Ecuador. Con respecto a Ecuador, se consideraron las normativas específicas para el estudio con poblaciones vulnerables, obteniéndose la autorización por parte del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito (Ref. IE3-EXP164-2019-CEISH-USFQ) (véase Anexo 6). También mencionar, que previo al inicio del trabajo de campo se obtuvo la anuencia

comunitaria —autorización de la comunidad indígena—. Con respecto a España, se tuvo en cuenta la “Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales” y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Así mismo, el estudio fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona (Ref. IRB00003099) (véase Anexo 5).

A continuación, se hace una descripción de los aspectos éticos que se consideraron en el estudio dando cumplimiento a lo establecido en la normativa de Ecuador para los estudios en poblaciones vulnerables.

Criterios para la selección de los participantes: se realizó tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto.

Beneficencia se incluyó sólo a quienes fueran beneficiados/as con los resultados del estudio, en relación específica con el grupo de mujeres madres de 15 a 44 años. Durante la selección se consideró en todo momento no causar daño a las personas, especialmente en condiciones de relación con sus esposos y en condiciones de salud —protocolo COVID-19.

Equidad y justicia, todas las personas tuvieron las mismas condiciones a la hora de participar en el estudio — en tema de facilidades, de acceso al lugar y hora de las entrevistas—. El investigador no hizo exclusiones de los participantes por sus condiciones de clase social, edad, religión, identidad u otros. La selección de los participantes buscó crear oportunidades para que todas las voces sean escuchadas por lo que se seleccionó participantes que dentro de los contextos de desigualdad permitan aprender de sus realidades, comprender el fenómeno de estudio y sean un aporte para mejorar el estudio en su beneficio.

Respeto se consideró las costumbres, estilos de vida y tradiciones de la comunidad, se consideró a las personas que estén de acuerdo y que manifestaron su voluntad y deseo de

participar en el estudio con la firma del consentimiento informado. En el caso de los menores se los incluyó sólo si se obtuvo el consentimiento del padre.

Riesgos: El estudio no representa riesgo, sin embargo, es de preocupación la explotación y utilización del saber indígena. Por lo que en todo momento se preservó y respeto los derechos, los valores culturales, organización familiar y el modo de vida de los participantes, ya que se conoce bien la comunidad y sus formas de organización social. También fue de preocupación la seguridad sanitaria de la comunidad en cuanto al COVID-19, por lo que se garantizó la seguridad y salud de la población de las comunidades, mediante la aplicación del protocolo COVID-19 para el investigador, además mi condición de personal sanitario garantizó la aplicación de normas de bioseguridad por lo que relacionarse con el investigador no implicaba riesgo de ningún tipo.

Derechos y opciones de los participantes del estudio: Se protegerán los derechos del participante explicando claramente el proceso, resolviendo las dudas y haciendo uso de un traductor en caso necesario. Los participantes tienen derecho al anonimato y confidencialidad de sus datos personales de identificación. Así como derecho a decidir no participar en el estudio en cualquier momento. Y en el caso de revocatoria de consentimiento, los datos no serían utilizados y serían borrados de inmediato.

Seguridad y confidencialidad de los datos: Todos los participantes fueron informados de los objetivos y garantías de confidencialidad del estudio. Se mantuvo la privacidad de las personas durante la transcripción y manejo de los datos, asignándoles nombre ficticio y código. Ningún dato personal o grabación es expuesta o divulgada.

La propiedad intelectual de los datos al ser una investigación correspondiente a los estudios de doctorado le corresponde al investigador principal (doctorando). Igualmente se tendrá presente que los conocimientos tradicionales y ancestrales de la comunidad indígena se encuentran protegidos y serán conservados como la establece la convención de Ginebra, así

como la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI). Los resultados de la investigación serán compartidos con la comunidad una vez terminada la investigación —hecho el depósito de tesis— para devolución de su aporte, colaboración en la investigación y sobre todo para la apropiación de los beneficios del estudio por parte de las comunidades. Cumpliendo las disposiciones relativas a la distribución de los beneficios de la OMPI y el compromiso ejercido con la comunidad.

Consentimiento informado: Previo a la firma se tuvo conocimiento de si las posibles participantes hablaban y entendían el español con esta información, se explicó en español en qué consistía el estudio y su participación, así como garantías de confidencialidad del estudio.

según lo descrito en el formulario del consentimiento informado (véase Anexo 3), seguidamente se abrió un espacio de preguntas para solventar las dudas, y finalmente para confirmar la comprensión de la información realice yo algunas preguntas Si se manifestaba de forma verbal la voluntad de participar, se procedía con la firma respectiva del consentimiento. En el caso de los menores de edad el proceso fue el mismo, pero con la presencia del representante del menor. La autorización de los involucrados se plasmó en la firma del consentimiento —representante legal— y del asentimiento —menor de edad—.

En el caso que la única persona que hablaba castellano se convocó a un traductor de confianza.

En el caso del personal de salud también se realizó la explicación del estudio y los objetivos según el consentimiento informado (véase Anexo 4), obteniendo su autorización con la firma correspondiente.

4.9. Contexto de la comunidad y el sistema de salud

En los apartados siguientes se describen brevemente las condiciones demográficas, geográficas y socioeconómicas locales de la parroquia y la comunidad. Pero antes retomamos

algunas condiciones sociodemográficas de Ecuador. Luego se describe la estructura de los servicios de salud, considerando los recursos de atención que operan en la comunidad. La información que aquí se describe corresponde a fuentes primarias —participantes e informantes clave— y secundarias —libros y archivos—.

4.9.1. Contexto general

La República del Ecuador se define como un Estado constitucional intercultural, plurinacional y laico (Constitución del Ecuador, 2008). En Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la población actual es de 17.895.131 habitantes, de esta más de 1 millón de personas son población indígena (INEC, 2022). De acuerdo con el Consejo de Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE, 2019), en el Ecuador existen 14 nacionalidades²⁵ y 18 pueblos²⁶ indígenas que a su vez se agrupan en un conjunto de organizaciones locales, regionales y nacionales.

La mayoría de los pueblos indígenas, 68,20%, se encuentran en la región sierra —zona de los Andes ecuatorianos, clima de alta montaña—, un 24,06% en la región amazónica —clima húmedo— y solo un 7,56% en la costa —zona próxima al Océano Pacífico con clima cálido— (Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, IWGIA).

La Nacionalidad Kichwa es la de mayor porcentaje (85,87%) e incluye a cerca de 800 mil personas. La provincia de la región sierra que tiene mayor población indígena rural es Chimborazo, para el año 2010 era de 161,190 indígenas. Otras provincias con altos índices de

²⁵ Es un conjunto de pueblos milenarios, que tienen identidad histórica, idioma y cultura comunes, que viven en un territorio determinado, poseen sus formas tradicionales de organización social, económica, política (Mapa de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas, INEC).

²⁶ Son conformados por comunidades con identidades culturales que les distinguen de otros grupos de la sociedad ecuatoriana, regidos por sistemas propios de organización social, económica, política. (Mapa de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas, INEC).

población indígena son Imbabura y Cotopaxi, en las cuales se contabilizó un promedio de 84,500 (Ortiz, 2020).

Históricamente la población indígena se caracterizan condiciones de desigualdad representada en una discriminación económica, social y cultural, es en este grupo étnico donde se ubican los mayores índices de pobreza y problemas de salud (Del Popolo, 2020).

4.9.1.1. El Pueblo Kichwa en la región de los Andes Ecuatorianos

Los Panzaleo, denominados también Kichwa del Cotopaxi, se encuentran asentados en la parte sur de la provincia del Cotopaxi, entre otros cantones: cantón Sigchos, parroquias: Sigchos, Chugchilán, Isivilí, Las Pampas y Palo Quemado (CONAIE, 2014). En relación con el número de Panzaleos este es inexacto, y varía de 45000 a 76000 habitantes, población que está organizados en 850 comunidades (CONAIE, 2019).

Para esta población han sido imborrables las consecuencias que la conquista española dejó en este pueblo, marcas como: la desnutrición, la pobreza, la pérdida de sus territorios, el trabajo forzado, las enfermedades extranjeras que aún se encuentran presentes en la población de este pueblo. Más tarde con la independencia, el indígena Panzaleo al igual que muchos indígenas, seguía trabajando las tierras que por derecho y trabajo les pertenecían, produciendo riquezas para el terrateniente —heredero de la propiedad colonial— a cambio de la posibilidad de sobrevivir (CONAIE, 2014)

Al llegar los años 60 del siglo XX, se produjo la Reforma Agraria con esta se entregaría la tierra a los que la trabajan, con cierta esperanza empezaron a organizarse los peones de las haciendas, dándose cuenta de que necesitaban ser reconocidos como Comunas, la organización creció hasta lograr el reconocimiento como tal del Estado. Este pueblo se organizó alrededor de la lucha por mejores tratos, por la tierra, por el agua para las comunidades, por mejores

salarios en las haciendas que trabajaban, etc.; organización que hizo posible el apareamiento de las organizaciones que hoy les representa, así tenemos: las Casas Campesinas, la Comunidades, etc.

Por otra parte, el núcleo organizativo de este pueblo es la familia ampliada conformada por padres/madres, hijos/as, abuelos/as, bis-abuelos/as, nietos/as, hermanos/as. Su autoridad más próxima es el presidente de la Comunidad, autoridad apoyada por el vicepresidente, el secretario, el tesorero, el síndico y los vocales designados por la Asamblea General de la comunidad. La máxima autoridad de este pueblo es la Asamblea General en la que se toman todas las decisiones importantes para la Comunidad.

Y más adelante entre 1986 y 1990 estas pequeñas organizaciones y otras constituyen organizaciones de mayor renombre y mayor representación social y política en el país como la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) (Larrea et al., 2007).

Es parte de su costumbre transmitir el conocimiento de forma oral y práctica, así se contribuye la recuperación de su identidad por medio de la educación histórica-simbólica que proporcionan los abuelos, como sistema formal de educación cuentan con la educación bilingüe e hispana; su población tiene estudios a nivel universitario (CONAIE, 2014), y cuentan con profesionales especialmente en el campo de la educación, a partir de la educación a distancia ofrecida por universidades con raíz católica cristiana su principal formación ha sido como profesores (Larrea, 2007). La masiva evangelización de estos pueblos ha propagado las creencias religiosas católico-cristianas, Sin embargo, también mantienen tradiciones en las cuales el Yachak —hombre de sabiduría—, ese es el que ejerce de conexión con los espíritus.

El pueblo Panzaleo tiene como ejes económicos la producción agrícola y pecuaria para el autoconsumo y también para el mercado provincial y nacional.

4.9.1.2. Mortalidad y Morbilidad general

La situación de salud de los pueblos indígenas en Ecuador y Latinoamérica se ve marcada por la discriminación estructural, el racismo institucionalizado, la pobreza, la restricción en el acceso a la atención médica de calidad y las barreras culturales aspectos que ejercen un impacto negativo en la salud de los pueblos y personas indígenas. (CEPAL, 2014, pp. 80-81).

Las causas de Morbilidad General en el cantón Sigchos son principalmente Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 39.6 % seguidas por Parasitismo con un porcentaje del 14.5%, Infecciones de Vías Urinarias 8.9%, Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) 4.4. %. (Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, 2017). La primera causa Morbilidad Infantil es la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) 59.2%, seguida por Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) 15.7%. Mientras que en el caso de la mortalidad el 45.28% de muertes en el cantón suceden por causas no especificadas en los mayores de 65 años y menores de 5 años, seguido por Hipertensión Arterial con el 5,66%. En cuanto a las causas no especificadas se refiere como factor principal el no llevar a los niños/as y ancianos/as al control preventivo o de manera inmediata en caso de enfermedad (Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, 2017).

4.9.2. Contexto Local

En cuanto al contexto local, el estudio se llevó a cabo en la en la parroquia²⁷ rural de Chugchilán, esta se constituyó como parroquia el 29 de septiembre de 1861 formando parte del cantón Pujilí hasta la cantonización de Sigchos. Por lo tanto, es una de las parroquias más

²⁷ En Ecuador, la parroquia es la división político-territorial de menor rango (tercer nivel). La parroquia urbana es aquella que se encuentra circunscrita dentro de la metrópoli o ciudad y consta de toda la infraestructura necesaria para ser una ciudad principal. Las parroquias rurales son aquellas que son apartadas de la ciudad principal o metrópoli y suelen ser comarcas o conjunto de comunidades o recintos cuyos pobladores viven de labores agrícolas y del campo.

antiguas de la provincia de Cotopaxi (Federación de organizaciones indígenas y campesinas de Chugchilán, 2010).

Se encuentra ubicada en el cantón Sigchos, provincia de Cotopaxi en Ecuador, a 77 Km de Quito la capital de Ecuador. Tiene una extensión de 248,75 km² asentada en uno de los flancos laterales de los Andes Ecuatorianos. A la capital de la parroquia se le denomina popularmente “Chugchilán Centro”, este es el sector más desarrollado/urbanizado de la parroquia, donde se encuentra una mejor infraestructura y algunos centros de comercio como: tiendas y alguna farmacia. También se ubican las oficinas de las autoridades locales. A 20 minutos caminando desde Chugchilán Centro se ubica la comunidad de Chasualo donde se encuentran las instalaciones del centro de salud.

Con una población de 7811 habitantes y una proyección al 2020 de 8.285 habitantes. Los grupos étnicos más representativos en la parroquia son indígenas (85% n=6619) y mestizos (14% n=1112). Los indígenas corresponden a la nacionalidad Kichwa, pueblo Panzaleo (Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Chugchilán, 2020) A los pueblos indígenas se los localiza en las partes altas —zonas de alta montaña— de Chugchilán, principalmente en las comunidades de Cuisana, Pilapuchin, Guayama Grande y Guayama San Pedro (NO). La parroquia cuenta con 31 comunidades²⁸, una de las características es que la distribución espacial de la población es amplia, inclusive dentro de las comunidades los asentamientos están dispersos. Sin embargo, las áreas centrales de las comunidades presentan un pequeño porcentaje de población más consolidada.

La máxima autoridad de la parroquia es el presidente del gobierno parroquial. A nivel de las comunidades se cuentan con sus autoridades y/o líderes comunitarios, pero la máxima autoridad es la comuna —que es la asamblea general de comuneros— en la que mediante el

²⁸ Una comunidad, es un conjunto de individuos que tienen en común diversos elementos, como el territorio que habitan, la etnia, las tareas, los valores, los roles, el idioma o la religión que se ubican en un territorio determinado.

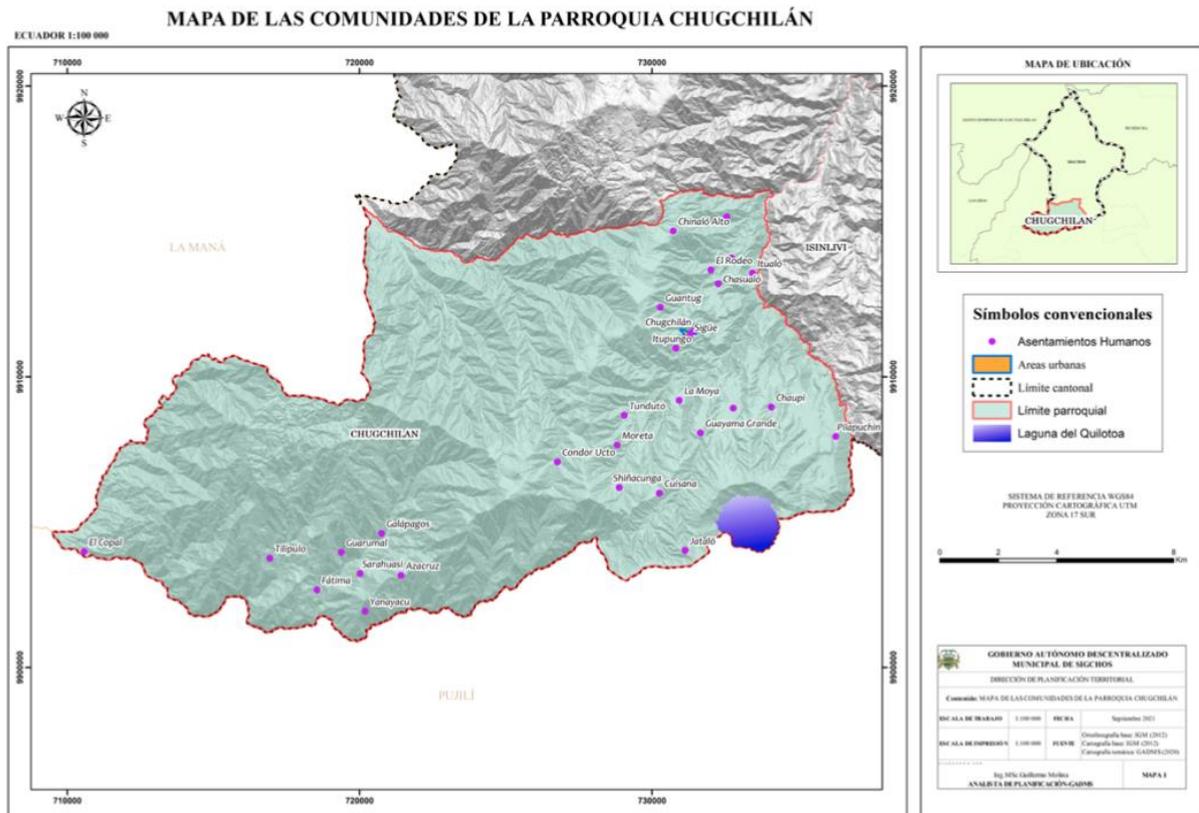
voto se toman todas las decisiones importantes para el bien común, este es el sistema de organización en varias de estas comunidades indígenas. No obstante, no todas presentan esta organización y nivel de cohesión —se aprecian diferencias de orden político en sus bases— social, aspecto evidente en comunidades que buscan urbanizarse o “modernizarse”, que se encuentran más cercanas a las áreas más desarrolladas o con mayor presencia de personas no originarias como: Chazaluo, Chinalo Alto y Chinalo Bajo. Lo contrario a zonas más alejadas donde aún se preservan las formas de organización de la comuna y hay una mayor cohesión social: cómo Guayama Grande, Guayama San Pedro, Cuisana, Moreta, etc.

Comunidad de Guayama Grande

La comunidad indígena de Guayama Grande se encuentra al este de la parroquia de Chugchilán (véase Figura 3), entre 618 hasta 3.970 hasta msnm (metros sobre el nivel del mar) presentando una gran cantidad de pendientes y por tanto pocas superficies planas. Junto a la Laguna del Quilotoa²⁹ limita con otras comunidades como la Moya, Guayama Grande y Cuisana. También se encuentra cerca y casi limitando con la parroquia de Zumbahua, acentuamos en la proximidad de la comunidad con esta parroquia por aspectos que destacamos a lo largo de esta tesis. Zumbahua y sus comunidades constituyen la zona más desarrollada y cercana a Guayama, por el número de habitantes 11.825 y su buena organización, tienen un importante peso social y político dentro de la organización indígena a nivel de país por su organización, así como la explotación turística por el acceso directo a la Laguna les ha permitido mantener mejores condiciones económicas y sociales a diferencia de comunidades de Chugchilán como Guayama Grande y Guayama San Pedro donde su acceso a la Laguna está limitado por el mal estado de las vías o ausencia de las mismas. Sin embargo, han tratado de promover el turismo rural, el que desapareció por la pandemia. Su clima es de alta montaña, las temperaturas bordean los 0°C y 22°C.

²⁹ La Laguna del Quilotoa es una caldera de volcán con agua color turquesa y constituye uno de los principales atractivos turísticos del Ecuador.

Figura 3. Mapa de las comunidades de la parroquia de Chugchilán



Fuente: Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia de Chugchilán

Tiene un aproximado de 220 habitantes, el 100% de su población Panzaleo-Kichwa este grupo conserva intacta su organización comunitaria y su identidad, hablan principalmente el idioma kichwa y como segunda lengua el castellano, aunque los adultos mayores y personas no escolarizadas hablan solamente kichwa. No existen datos exactos del nivel de escolaridad, pero se conoce que la mayoría de la población ha terminado la primaria y que un mínimo porcentaje accede y concluye la educación secundaria y así mismo son pocos los que acceden a la educación universitaria y la terminan.

En cuanto a los servicios, existen vías de cuarto orden —senderos de tierra—, el transporte público no es frecuente, por lo difícil del terreno las motos se han convertido en el principal medio de transporte. Toda la comunidad cuenta con energía eléctrica, en el caso del agua esta proviene de ríos, vertientes o agua lluvia y llega a las viviendas luego de ser tratada

a través de un rudimentario sistema de tuberías de PVC, no poseen red de alcantarillado la recolección de excretas se realiza a través de pozo ciego. Cuentan con servicio de recolección de basura, pero pocas viviendas tienen acceso al servicio por lo que la mayoría lo deposita al aire libre, la incinera o la entierra.

En cuanto a la actividad económica esta gente se dedica a la actividad productiva primaria que es la agricultura familiar. La agricultura familiar campesina, este tipo de agricultura es referencia de los pueblos indígenas. Los productos son para consumo propio pero otra importante es comercializada, la producción puede ser comercializada con base en el requerimiento que se tenga de otros productos que no ofrece la tierra. Su comercialización se da en los mercados populares de Zumbahua y en el cantón Sigchos. Otras fuentes de ingresos constituyen la ganadería, avicultura. La principal producción es de hortalizas como: lechugas, espinaca, acelga, col. Legumbres como el chocho, así como la cría y venta de animales propios de la zona: vacas, cabras, ovejas, cuyes, gallinas, que luego son comercializados en las ferias. Antes de la pandemia por COVID-19 también vivían del turismo rural comunitario que pasaba por la zona —principalmente extranjeros—, y por ese motivo tienen casas y un pequeño restaurante adaptado para recibir a los turistas en condiciones muy humildes. En este sentido, también acogían a estudiantes, profesores y voluntarios ya fueran de universidades —por lo programas de vinculación social— o de ONGs, lo que también implicaba ingresos para la comunidad.

La cercanía de la comunidad con Zumbahua, ha motivado que existan importantes lazos comerciales. En Zumbahua hasta hoy se realizan cada sábado una de las más importantes ferias de productos de la zona, aquí se produce el intercambio comercial de productos de las comunidades cercanas cómo: papas, chochos, hortalizas, carne de cerdo, ovejas, cabras, vacas, cuyes y gallinas. Y de productos de otras zonas del país como: una variedad de frutas, algunas verduras y otros productos como artículos de aseo, ropa, etc. Este hecho, así como la cercanía

a Zumbahua y el fácil acceso hace que algunos pobladores de la comunidad de Guayama Grande prefieran acudir a Zumbahua.

Actualmente algunos hombres y mujeres ejercen de profesores de primaria o colegio. Y un grupo importante principalmente de hombres se dedica a la construcción por lo que antes de la pandemia muchos migraron para dedicarse a esto en las ciudades más importantes y con mayor desarrollo como Quito, La Mana y Latacunga, sin embargo, con la pandemia muchos volvieron y retomaron la agricultura como su principal fuente de ingresos.

Guayama tiene líderes que son elegidos cada 2 años, el presidente de la comunidad ejerce de representante frente a otras comunidades y también ejerce de representante en la reunión de la asamblea general de la parroquia, realizando y coordinando actividades que involucran a los miembros de la comunidad. La comunidad mantiene la organización de base concretizada en comunas. La cohesión social, especialmente en territorios indígenas se formalizan bajo la figura organizativa de la comuna —un núcleo organizativo basado en la familia ampliada conformada por padres, hijos, abuelos, bisabuelos, nietos y hermanos— lo que resulta en beneficios a nivel comunitario.

El tejido social de la comunidad está basado en relaciones de consanguinidad (familia ampliada), en esta comunidad todos son familia, se casan y se unen con personas (Kichwas) de otras comunidades cercanas, es mínima la presencia de foráneos. Los principales grupos familiares son: los Patango, Pilatasig y Pilaguano, aunque estos últimos en menor cantidad.

La presencia de foráneos sobre todo ahora en tiempos de pandemia no existe, pero antes a este suceso y una vez que se levantaron parte de las restricciones a la comunidad acceden principalmente ONGs como Plan Internacional y docentes y estudiantes de nutrición y medicina de la Universidad Católica del Ecuador. Los primeros llevan a cabo un estudio sobre el uso de agrotóxicos en la agricultura familiar y comunitaria, dentro de los proyectos de

vinculación con la sociedad. En ocasiones también llegaron estudiantes de medicina para pasantías cortas o actividades de vinculación, así como de otras carreras.

Otra característica de esta comunidad es la gran distancia entre viviendas, en ocasiones la distancia puede llevar hasta 40 minutos de caminata.

En cuanto a la atención en salud los pobladores pueden decidir entre acceder al centro de salud ubicado en Chazualo y/o al hospital en Sigchos, pero este último se encuentra a casi dos horas en bus, por lo que sí deben acudir al hospital prefieren acudir al de Zumbahua que se encuentra a 40 minutos en auto o bus. Los senderos conducen de manera más fácil a la vía principal por donde pasa el bus a Zumbahua mientras que no existen senderos que acorten el camino hacia Chugchilán y a Sigchos sería imposible llegar vía senderos.

4.9.3. El panorama del servicio de salud

Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud se clasifican por Niveles de Atención y según su capacidad resolutive en; Primer, Segundo, Tercer y Cuarto Nivel de Atención.

El Primer Nivel de Atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Los establecimientos de salud que conforman el Primer Nivel de Atención, de acuerdo con los niveles de complejidad de la atención, se clasifican en:

- Puesto de Salud.
- Consultorio General.
- Centro de Salud A.
- Centro de Salud B.
- Centro de Salud C.

Estos establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención son los más cercanos a la población, facilitan y coordinan el flujo del usuario dentro del sistema, prestan servicios de

promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, brindan atención de urgencia y emergencia de acuerdo con su capacidad resolutive.

Centro de Salud Tipo A de Chugchilán

El Centro de Salud a nivel popular lo sigue denominando como “subcentro”, este término viene de una clasificación anterior que tenían los establecimientos de salud en el Ecuador.

Dentro de la zona de influencia del centro de atención (Figura 4) se encuentran solo 23 comunidades, de estas 21 se ubican en las zonas de alta montaña de los Andes y sus usuarios son en su mayoría indígenas. Las 2 comunidades restantes corresponden al subtrópico, que es una zona cercana a la región costa, pero a una mayor altitud y tienen una minoría de población indígena.

A excepción de algunas comunidades, la mayoría de ellas están alejadas del centro de salud, dependiendo de la comunidad la distancia en auto rodea entre 20 a 60 minutos y caminando —es un medio usual en la parroquia y entre comunidades, por la falta de transporte— hasta 4 horas. Por lo que las comunidades más alejadas acuden también a formas de atención y cuidado de la salud propias de su cultura a través de la autoatención y en algunas zonas donde todavía existen algunos curadores tradicionales acuden a estos.

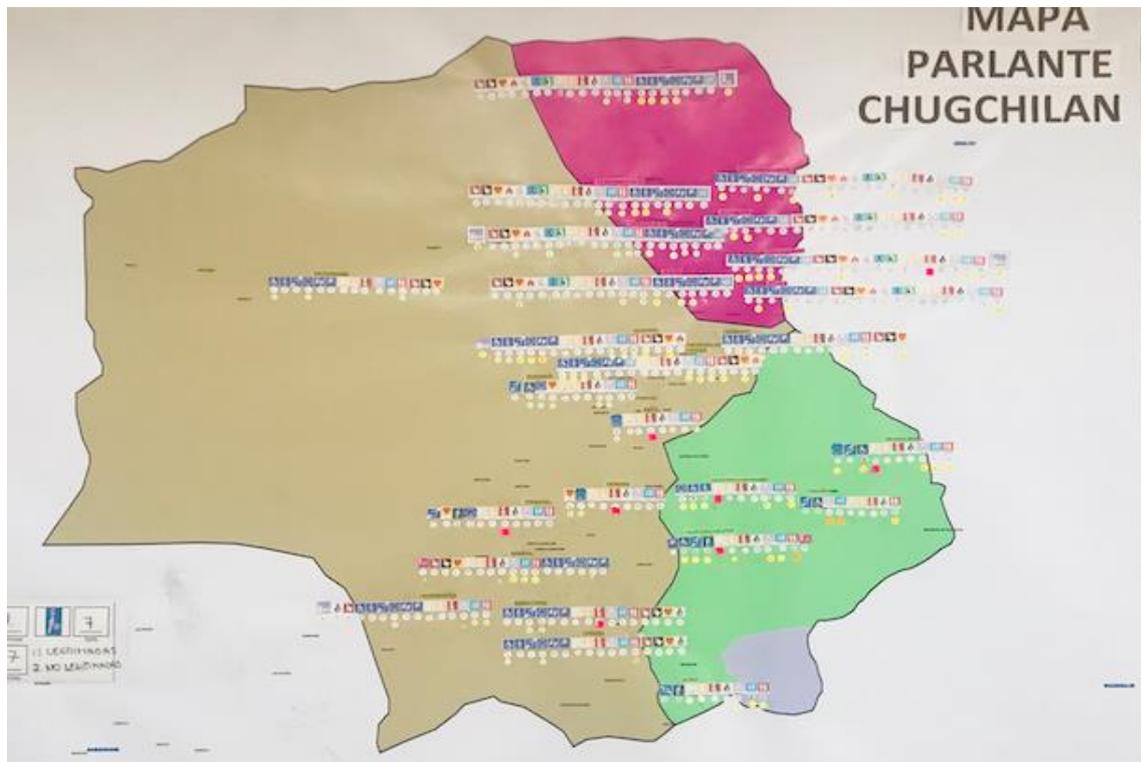
El centro de salud presta servicios de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud por ciclos de vida, brindan atención a través de los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), en medicina general y en ocasiones con un médico familiar (especialista), enfermería general, odontología general y obstetricia, estos equipos también cuentan con Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS), que se encargan principalmente de la promoción de la salud y prevención de enfermedades en cada una de sus

comunidades, también hacen las veces de enlace entre la comunidad y el centro de atención así como de traductores de la lengua Kichwa al Castellano y del Castellano al Kichwa.

La atención en el centro de salud está constituida por un médico general con especialidad en medicina familiar, tres odontólogos, tres enfermeros/as, cuatro médicos generales, una obstetra y siete técnicos de atención primaria (TAPS). Algunas características es que el personal del centro de salud a excepción del médico con especialidad, todos son personal profesional recién graduado, profesionales que realizan el año de salud rural antes de ejercer oficialmente su profesión. A su vez los TAPS son personal técnico extraído de las propias comunidades, indígenas que recibieron formación por parte de personal sanitario de corriente biomédica

Al momento del desarrollo de esta investigación en el centro de salud existen cuatro equipos de salud (E AIS). Internamente la organización depende del Coordinador del subcentro responsabilidad que puede recaer por lo general en el médico u odontólogo, este es el encargado de hacer cumplir las directrices establecidas por una sede central administrativa que abarca también a otros centros de atención dentro de un espacio geográfico determinado. De acuerdo con su organización uno de estos debe permanecer en el subcentro para la atención puertas adentro y los otros deben desplazarse fuera del centro de salud especialmente para atender las necesidades de la población que vive más alejada o aislada del centro de salud.

Figura 4. Mapa parlante del área de influencia de la unidad de salud de Chugchilán (Centro de Salud Tipo A)



Fuente: Centro de Salud de Chugchilán

5. Resultados

5.1. La sabiduría que esconde el “poncho”³⁰

Con el propósito de alcanzar el primer objetivo de nuestra investigación se ha llevado a cabo un análisis que ha permitido exponer los resultados que seguidamente se presentan. A partir de las observaciones y narraciones maternas se evidencia en estos apartados los saberes y prácticas que desarrollan las madres, que en ningún caso se ven lineales. Sin embargo, para facilitar la lectura y comprensión de estos saberes y prácticas, se presentarán las narrativas a partir de un orden establecido por la investigadora a partir del marco teórico-conceptual.

Partiendo de que los saberes, constituyen una serie de conocimientos, basados en los sistemas tradicionales y locales de conocimiento, como expresiones dinámicas de la percepción y la comprensión del mundo [...] (Pérez Ruiz & Argueta Villamar, 2011). Para Menéndez (2018) estos saberes se refieren a las representaciones —conocimientos— y prácticas sociales que los sujetos micro grupos usan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir aquello que afecta su salud (p. 106). Es por ello por lo que a partir del saber materno se realiza un recorrido por la trayectoria de atención de las mujeres indígenas.

Todas las mujeres participantes aportaron conocimientos sin embargo no todas lo hicieron en la misma medida, ni en todos los temas. En algunos casos su participación y aportes fueron fluidos y en otros más trincados, pero la riqueza del conocimiento persistió en cada una de ellas, en cada contexto y en cada situación. No fijamos sus expresiones en un rango de edad, tiempo o en grupo familiar específico, ya que algunos de sus saberes pudieron ser de episodios propios o de terceros, pudieron presentarse durante el trabajo de campo o anterior a este. Nos

³⁰ Prenda de vestir típica de las comunidades que se ubican en las zonas de los Andes.

enfocamos en los saberes que servirán para tomar decisiones y que en algunos casos se evidencian en la práctica a través del tratamiento que dan a los a los diferentes padecimientos o problemas de salud que afectan a algún miembro del hogar y que en su mayoría son niños y niñas.

Analizamos los saberes —conocimientos y prácticas—, que poseen las mujeres con respecto al proceso salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p) a partir de la lógica materna, de sus interpretaciones, representaciones y racionalidades. Consideramos como orden lógico presentar en primera instancia, las representaciones maternas que definen la salud y enfermedad. Después nos introducimos de forma concreta en la trayectoria de atención dónde el inicio se marca a partir del reconocimiento de cambios en el equilibrio del cuerpo —tanto en los aspectos corporales, mentales, espirituales, como materiales— y que permiten la determinación de un padecer. Pero además, para determinar el tipo de padecimiento, se han de develar las causas de la aparición de los mismos, así como los criterios de gravedad. A partir de ese momento, las mujeres tomarán unas u otras decisiones, realizarán unas u otras acciones mostrándose un camino que es evidente a través de las distintas opciones terapéuticas de las trayectorias de atención.

A continuación de la trayectoria de atención se iniciará un subapartado que abordará los condicionantes de la trayectoria, como podrían ser: el acceso a los servicios de salud; cómo las madres evalúan a los servicios de salud; cómo se determina la eficacia curativa; entre otros.

Ya para finalizar este apartado de los resultados, se analizará el tema de las dinámicas familiares de cuidados.

5.1.1. Concepción salud – enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea «La salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o

enfermedades» (OMS, 2006 en Herrero Jaén, 2016). Sin embargo, esta definición da por sentado un consenso universal en cuanto a los términos de “salud” y “bienestar”, mostrando así una visión ahistórica y apolítica de los mismos (Navarro, 1998). Se presenta a la salud sin tener en cuenta la relatividad del concepto que puede ser definido y construido, tanto en el tiempo como en función de la cultura o grupo cultural que lo defina (Alcántara, 2008).

Por otro lado, la salud también puede ser concebida como una relación entre los seres humanos, entre los seres humanos y la naturaleza, así como entre los seres humanos y el mundo sobrenatural (Helman, 2007). Este sería el caso de las comunidades indígenas andinas, donde la salud y el bienestar se relacionan con su capacidad de vivir en armonía con el todo — englobando la comunidad, la naturaleza y sus ciclos, así como el equilibrio con toda forma de existencia— (Gutiérrez-Carmona, 2020a). Así, las alteraciones en el estado de salud y bienestar se darían por desequilibrios entre estas relaciones, mostrando la persona determinados cuadros somáticos.

No obstante, la forma como las personas entienden lo que es salud y enfermedad, lo que para ellas significa estar sanos o estar enfermos es distinto en cada cultura. Por ello, en este apartado se busca recoger la visión de las madres de la comunidad sobre la salud-enfermedad, su forma de entenderla e incluso de vivirla.

A lo largo del trabajo se pudo apreciar que para las madres se volvía complicado expresar en palabras lo que para ellas significaba salud, sin embargo, sí pudieron expresar de forma fácil lo que era estar enfermo. Esto se debía a que la significación de la salud aparece en su imaginario a partir de cómo conciben la enfermedad. Solo cuando una persona está enferma, aluden a la falta de salud, y es ahí donde empiezan a describir lo que es salud. Por ese motivo, siguiendo la lógica materna empezaremos narrando lo que ellas conciben como enfermedad para luego establecer alguna definición no precisa, pero sí global y descriptiva de lo que conciben cómo salud.

Las madres describen la enfermedad o padecimiento cómo un evento que está representado principalmente por el dolor y también por acciones, sucesos o eventos que como resultado desarmonizan su estado de “bien-estar” o de equilibrio del cuerpo. Todas estas situaciones darán como resultado que las personas no puedan “hacer” o sea que no puedan cumplir con sus roles sociales, tanto comunitarios como familiares, siendo este aspecto también un indicador de pérdida de salud.

Algunas personas dicen que es enfermarse, cuando cuida [referencia a planificación familiar], saben conversar dicen duele la cabeza, así por eso mejor no (...). (Mayen_B_27)

(...) sí, por el diente mi hijo sabía pasar con dolor del diente, enfermarse así, por eso para hacer sacar. Estar enfermo bien como decir (...) muy molesto. Claro, con dolor de diente también si ha pasado casi, vino esta semana que estuve con dolor de diente eh pasé eso y vuelta viene hacer con dolor, de todo dolor de brazo, pies, cabeza así, (aja) bien molesto (...).(Maura_B_28)

Si, mi hermana mayor, había sido así ligadura [ligadura de trompas] pues. Se había enfermado, así sentía con dolor de cabeza, bien fuerte por eso mejor se sacó. Si, por eso tengo miedo muchas cosas a veces (risas). (...). No, ya no, ligadura también a veces hace mal dicen pues, ¿cómo será? (...) A mi tres inyecciones, casi morí enfermado. Porque no podía ni coger agua, agua fría. No sé qué va hacer, hay dije! Ahí sí enfermarse pues, en tres semanas yo así enfermaba no podía lavar, ni cocinar, nada, por eso dije hay ya. No, ya no quiero inyección. (Nuna_B_24)

La enfermedad también se ve representada como la suma de cambios —signos y síntomas—, que producen un “mal-estar”, o sea, cambios en el cuerpo a nivel físico, emocional

y espiritual. Las mujeres reconocen que algunos de estos cambios pueden resultar de realizar acciones de tipo preventiva y de autocuidado, o bien de no realizarlas.

A veces vuelta cuando yo mismo, cuando mi esposo, mi hijo estaba con dolor, ahí, había estado con dolor de barriga y fiebre (...) si, enfermo, cuando nosotros, nosotros mismos no nos cuidamos, no preocupamos o nosotros mismos, no comemos de lo que es de comer por eso nosotros estamos enfermado, nos preocupamos por cosas, uno mismo no está feliz (...). Cuando enfermamos estamos tristes. (...). Si algunos con la tristeza saben enfermar como nosotros (...) no debes preocuparte sabe decir mi esposo. Así toca decir sino uno se enferma. (Blanca_B_29)

No. Mis hijos solo tres vacunas, no las tienes y ya, no, no voy, no tienen mucho. Da miedo de que saben enfermar más. No le gusta cuando hago vacunar, sabe chillar de más dolor por eso. No ya, sabe hinchar brazo, piernas, así. Se sabe hinchar con eso saben llorar por eso, por miedo de que sabe llorar. (Dayami_B_40)

(...) mmm... así doctores, doctoras de Chugchilán dijeron que pongamos implante con inyección, pero yo no quise porque viene dolor de, (...) dolor de cabeza me dijeron, así me cuentan otras personas, por ese motivo vuelta yo no quería, (...) porque a veces tengo dolor de cabeza que voy a empeorar, enfermar. (...). Por eso sí, mejor no tomar. (Maura_B_28)

Estar enfermo ya muy sentir bien triste pues, ha, ha. Por eso ya cuando enferma mi mamá ahí si sentir bien triste, pero hago cosa de plantas naturales, ya cuando sabemos poco, poco pues hacer ya remedio. (Nuna_B_24))

La concepción tanto de salud y enfermedad puede darse en algunos casos por experiencias propias de enfermedad o por información recibida de terceros, incluida la educación sanitaria que reciben por parte del personal sanitario.

Por su parte, la salud la representan cómo el estado de bienestar. La madre entiende la salud como el “estar bien” o estado de bienestar y se ve representado por la ausencia de síntomas como el dolor y así como por estados emocionales positivos —como por ejemplo la felicidad—. La salud la entienden como el poder hacer, es decir cumplir con las actividades de la vida diaria y responsabilidades como madres/padres, abuelas/abuelos, hijos/as (niños/as): como el trabajar en la tierra, cuidar el hogar.

Ahorita mi hijo está bien, para mi es estar bien que no duela nada, esté feliz. Estar bien. Yo ahorita no duele nada tampoco (...) (Litza_B_22)

Porque no tengo dolores (...). Nunca, por eso estoy sana, ahorita mis hijos también están bien, están sanos, (...). (Rocio_B_23)

(...) así cuando uno puede trabajar feliz, alegre cuidar los animalitos, ver la tierra, ver la siembra, cuando unos está enfermo no puede. (Blanca_B_29)

Al igual que la enfermedad la concepción de salud también se ha visto influenciada por la educación recibida desde el modelo biomédico, donde la higiene representa un factor importante para mantener la salud.

Yo entiendo sobre salud así, a veces ya debíamos cuidarnos nosotros mismos de salud para no enfermar. Debemos lavar manos debemos estar cuarto también bien aseado. Ya todo bien, pues cuando amarramos borrego también teníamos que lavar mano cuando estamos juntando hierba, lavar mano jabonando. Eso es para mí. (...) si limpio claro.

Basura también nosotros sabemos botar [tirar] aquí no botamos en ningún lado no vale, eso es para mí (...) (Rocio_B_23)

Es el estado de disponibilidad adecuada de los recursos: materiales, económicos y naturales. El concepto de salud de la OMS trasciende en esta comunidad por elementos de la naturaleza como el cuidado de los recursos y sus productos, y de la convivencia familiar y comunitaria. Y reconocen que la alimentación con productos propios juega un papel importante en mantener la salud.

Claro pues agua también es vida para nosotros, tierra también es vida pues para nosotros, para cultivo si cultivamos ahí papa, oca, melloco, haba así todo, quinua, mashua, cebada, todo, morocho todo ahí tenemos la comidita el remedio también. (Rocio_B_23)

(...) que debemos cuidar nuestro cuerpo y además o sea para estar en bien de salud, para no enfermar mucho y tener en cuidado nuestra vida misma este y tomar agua hervida, bañarse, comer buena comida así nuestros productos mismos aquí es frescos hemos comido papas así, cebada así, arroz de cebada, máchica eso hemos comido. (...). Claro, carnes aquí tenemos aquí en campo el cuy, carne de cuy [cobaya], carne de gallina así, cuando hay (...) pero no cada día, sino cuando se puede, cuando tengamos así (...), comemos bien, comida natural, no comemos comida chatarra. (Laura_B_21)

En esta conversación también intervino el marido de (Laura_B_21) manifestando que ‘por eso no se puede enfermar tan fácilmente esa comida hace enfermar a cada rato’. [refiriéndose a la “comida chatarra”].

Cuidar nuestro cuerpo o de otros así familiares (Se escucha música). Si cuidar (...) para nosotros, ya cuidar como madre de tierra que nos está manteniendo a nosotros” (Maura_B_28)

Pero también el bienestar implica el mantener paz y armonía en el seno de la comunidad, tal y como un informante clave durante una conversación comentaba: ‘que las personas no peleen’, ‘el no envidiar’, etc.

Por otro lado, la presencia o ausencia de recursos materiales cómo: los alimentos, el dinero, las deudas entran como elementos que permiten gozar de buena salud. Sin embargo, su ausencia puede ser determinante de enfermedad.

Cuando me levanto de madrugada me levanto feliz, alegre. (...) por mi parte cuando estoy en salud bien, también me siento alegre. (...) para mí que nosotros estamos viviendo bien, tranquilos, con salud buena y tenemos que alimentar bien a los niños o adultos. Si, por mi parte a veces me preocupa y en estos años ya no están cogiendo para el trabajo ya mandan suspendiendo. Mi esposo también ya está aplicando agricultura con estito para nuestro, para sobrevivir estamos produciendo, aunque no haiga para sacar a la venta, para consumo familiar estamos sosteniendo la comida. A veces nosotros vuelta con sacamos el crédito con eso vuelta nosotros preocupamos (...). ya como si no, no tenemos el trabajo, con eso se hace preocupado. A veces pasamos triste de donde cogemos ya viene el banco no va a esperar que hasta que recojamos el dinero el banco, (claro) vamos sumando con todo eso. A veces pasamos tristeza en la vida más profunda que pasaremos. Si algunos con la tristeza saben enfermar como nosotros, mi esposo sabe decir. (Blanca_B_29)

Para las mujeres tanto la salud como la enfermedad están adscritas a la acción directa de entidades sobrenaturales o espirituales como Dios en este caso.

Agradezco a Padre Dios que he estado dando la vida y de todas las familias que estamos aquí. Gracias Dios estamos bien, (...). (Blanca_B_29)

Por tanto, desde la racionalidad materna cuando se elimina o evita el dolor —síntoma— o lo que causa el malestar, se recupera la salud y se evita la enfermedad. Por lo que se entendería que a partir de eventos o sucesos que les enferman en lo posterior los rechacen.

(...) si, por el diente mi hijo sabía pasar mal con dolor del diente por eso para hacer sacar mejor. (Nuna_B_24)

No. Mis hijos solo tres vacunas, no las tienes y ya, no, no voy, no tienen mucho. Da miedo de que saben enfermar más (...). (Dayami_B_40)

De estas racionalidades parten una gran medida las decisiones y acciones maternas, así como la atención sintomática que veremos en la carrera curativa.

A modo de síntesis, para las mujeres la enfermedad sería entendida como el estado de “mal-estar” que se presenta a partir de cambios en el equilibrio del cuerpo —tanto a nivel físico como emocional—, que no les permite “hacer” o sea cumplir con sus funciones comunitarias y maternas —en el contexto familiar— y que además puede producir tristeza.

En cuanto a la tristeza, esta es referida por las madres desde dos enfoques: como consecuencia de la enfermedad o como resultado de la enfermedad.

Por otro lado, la salud es el “estar bien”, es el “poder hacer”, es la ausencia de cambios en el cuerpo, es el hallarse en estado de armonía, es el estar feliz. La salud, en definitiva, la identifican donde el cuerpo, lo emocional, lo espiritual, lo natural —referido a la naturaleza y sus recursos naturales—, lo material, lo social y comunitario funcionan armónicamente. Una relación adecuada entre todos estos elementos mantiene la salud y el desequilibrio produce la

enfermedad. Por lo tanto, su concepción de salud/enfermedad en la comunidad están directamente relacionadas, tienen un enfoque global y se perciben como un estado de equilibrio/desequilibrio.

5.1.2. Modelos explicativos en la trayectoria de atención y cuidados maternos.

Las madres como parte principal y en ocasiones única responsable del cuidado de la familia narraron varios eventos tanto propios, como de sus hijos, los mismos sucedieron durante el espacio de tiempo que correspondió a nuestro trabajo de campo o antes. El análisis de los padecimientos se realizó en base a los discursos de las madres a partir de sus sistemas de representaciones. Estas narrativas fueron respaldadas por las de los informantes clave — también fuentes importantes de información—. Buscando dar un orden y una lógica a sus experiencias, se partió de las representaciones maternas que identifican y clasifican el padecimiento, los factores con los que está relacionado el origen del padecimiento, los criterios pronósticos o de gravedad que podría tener un padecer y finalmente como este sistema de conocimientos se acciona en lo que denominamos la carrera curativa propiamente dentro de trayectoria de atención.

La cultura determina qué cambios y expresiones son considerados como anormales y los ubica dentro de un patrón. Por tanto, desde el sistema de racionalidades materna se realiza una agrupación de estos cambios en la persona y los clasifica, otorgando un nombre/etiqueta a los padecimientos. La necesidad de identificar los cambios en el cuerpo, parte de la necesidad de conocer que se padeció, que características tiene ese padecimiento y establecer los cuidados para ese tipo de padecimiento.

Los conocimientos que identifican la ruptura del bienestar no aplican procesos médicos, no encasillan los cambios en una taxonomía médica diagnóstica establecida. Por tanto, es necesario comprender aquellos conocimientos que poseen las madres sobre los cambios en el

equilibrio de la persona desde sus componentes físicos, emocionales, espirituales y sociales. La identificación del padecimiento, por parte de las madres, es una explicación y narración propia que no es lineal y que se construye a partir de su sistema de racionalidades. Todo ello, constituirá el primer paso para actuar frente a un padecimiento o bien evitarlo.

Dentro de las narraciones maternas aparecen —en diversos momentos dentro su trayectoria de atención— la posible razón, la causa o el origen del padecimiento. De esta manera le da explicación a la aparición del padecimiento, que también puede verse como una justificación, ya que algunas de las causas pueden encontrarse fuera del control de la madre. Algunas de estas causas pueden estar relacionadas con agentes sobrenaturales, o naturales o con características propias de la persona. Por tanto, el objetivo es exponer ciertas condiciones, situaciones o conductas, que explican el origen y desarrollo del padecimiento desde la perspectiva materna.

En el recorrido aparece también de forma indistinta la identificación de cambios en el padecimiento que demuestran una posible complicación del padecimiento por lo a partir de aquí el posible que el tratamiento sea reformulado o no. El entendimiento de complicación para las madres se ve en un sentido de transformación del padecimiento a otro que consideran de mayor gravedad, así como en una mayor intensidad de los síntomas del padecimiento. Los criterios de gravedad que usan pueden ser similares entre los padecimientos y en algunos casos no se reconocen posibles complicaciones. Como habíamos señalado anteriormente para las madres un padecimiento o enfermedad es la representación de una serie de cambios y alteraciones en el equilibrio del cuerpo —signos y síntomas— y si alguno de estos cambios incapacita social y laboralmente a la persona, desde su sistema de racionalidades tratará de atender primero ese cambio o alteración. Por tanto, partimos de un tratamiento sintomatológico donde la atención y cuidados maternos van dentro de esta línea y que se representan en la carrera curativa propiamente.

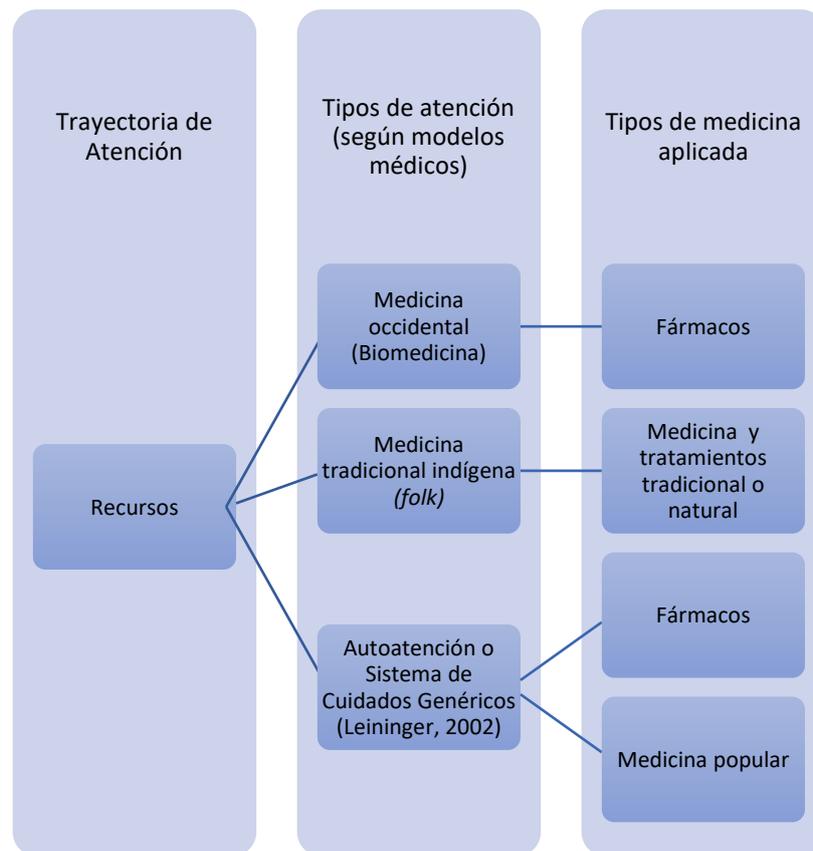
Durante la trayectoria de atención, para atender el padecimiento, la madre hace uso de una serie de recursos, tanto los que provienen de la medicina tradicional indígena, como los que provienen de la medicina occidental (biomedicina) aunque en menor medida, durante este proceso pone a prueba sus saberes que no siempre son perfectamente lineales.

Durante este subapartado, cuando se mencionen los “recursos” dentro de la trayectoria de atención se hará referencia a diferentes tipologías de recursos:

- Recurso entendido como “Tipos de atención según los modelos médicos (véase Figura 5): modelo biomédico o medicina occidental; modelo de medicina tradicional indígena; modelo de autoatención.
- Recurso entendido como “Tipos de medicina aplicada” (véase Figura 5) es la misma que la anterior): serán los remedios o medicinas utilizadas por las madres para mitigar o solucionar un padecimiento. Estos pueden ser dentro del modelo biomédico: tratamientos con fármacos de patente. Estos pueden ser dentro del modelo de medicina tradicional: remedios populares/caseros/naturales y/o rituales. Y también pueden ser dentro del modelo de autoatención: remedios populares/caseros/naturales³¹ o automedicación con fármacos de patente.

³¹ Para uso de este trabajo son considerados como sinónimos. Por ser todos aquellos remedios usados por personas que no son curadores o terapeutas de la medicina occidental o de la medicina tradicional.

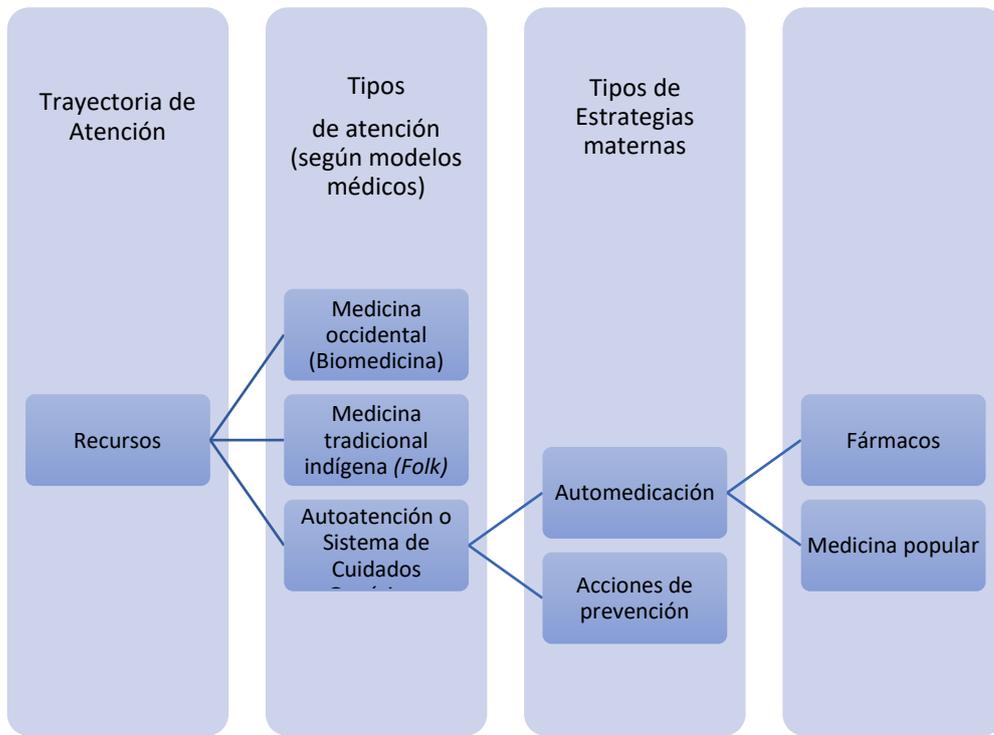
Figura 5. Trayectoria de Atención. Recursos de “Tipo de Atención” y de “Tipos de medicina aplicada”



Fuente: Elaboración propia.

- Recurso entendido como “Tipos de estrategias maternas” —autoatención— con el fin de mitigar o bien hacer desaparecer los padecimientos (véase Figura 6): estrategia de automedicación, tanto con fármacos de patente, como con remedios de la medicina tradicional; y las acciones de prevención.

Figura 6. Trayectoria de Atención. Recursos de “Tipo de Atención” y de “Tipos de estrategias maternas”

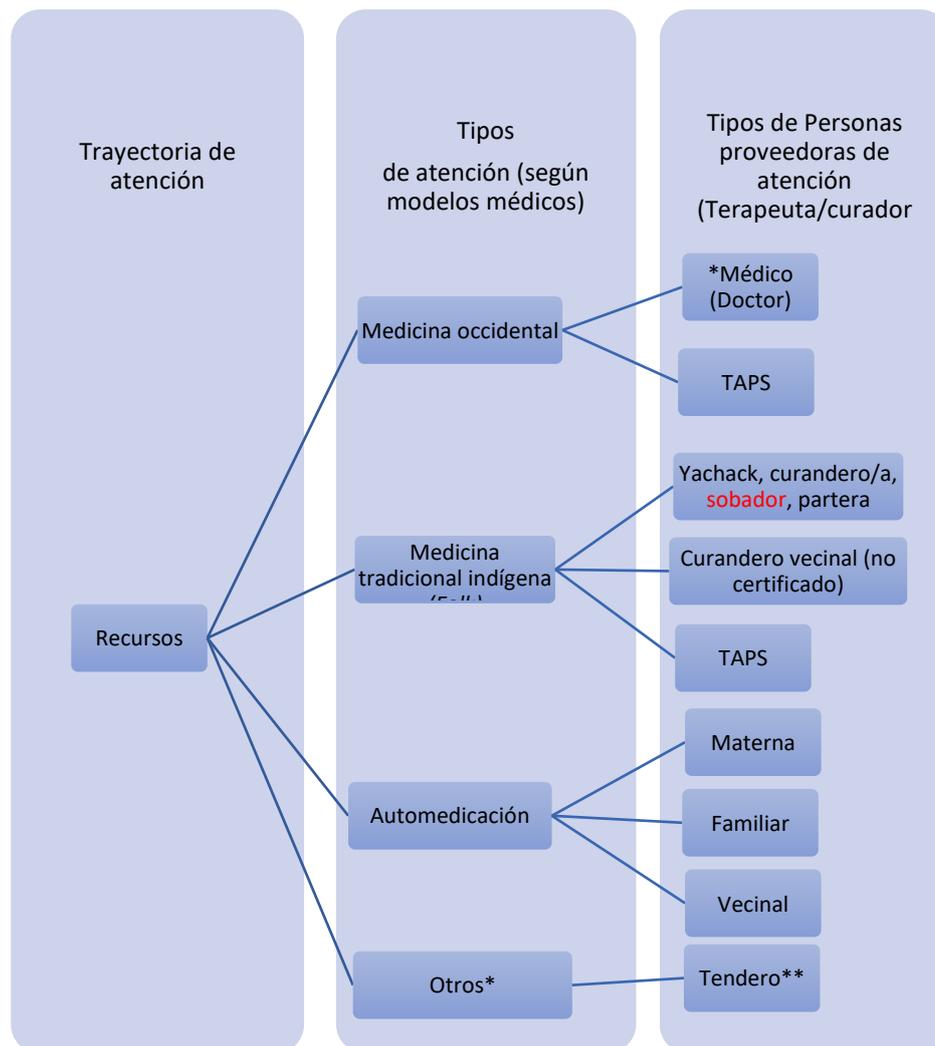


Fuente: Elaboración propia.

- Recurso entendido como “Tipos de personas proveedoras de atención” (véase Figura 7): en el modelo biomédico serían médicos, enfermeras, odontólogos, obstetras, y TAPS; en la medicina tradicional serían los curadores tradicionales certificados (como partera, Yachak, sobador, etc.), curador vecinal (no certificado) y también los TAPS³²; otros: farmacéuticos, tendero en el modelo de autoatención serían las mismas madres o algún otro familiar o pariente e incluso vecinos.

³² Los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) son las figuras que por sus conocimientos y cultura se deslizan entre el modelo biomédico y el de la medicina tradicional indígena, ya que proceden de la misma comunidad.

Figura 7. Trayectoria de Atención. Recursos de “Tipo de Atención” y de “Tipos de personas proveedoras de atención”



* Otros: no hace referencia a otros modelos sino ya referido a los tipos de personas proveedoras de atención, los tenderos.

** Tenderos serían personas que atienden tanto en farmacias (que no son farmacéuticas) y tenderos de comercios que también dispensan algunos fármacos.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presentan los padecimientos que, más frecuentemente, identifican las madres con las denominaciones que ellas les dan. Con el fin de organizar este apartado se han agrupado los padecimientos considerando la literatura y el criterio del curador profesional —tanto de la MT como de la biomedicina—. Las agrupaciones de los padecimientos fueron tres. La primera fue los “males del estómago” o “males de la barriga”, que contiene los padecimientos de: “diarrea”, “infección de barriga” o “infección del estómago” y “bichos”.

La segunda agrupación fue los “*males del pulmón o males del frío*”, que contiene los padecimientos de: “*gripe*” o “*resfriado*”, “*tos*” y “*neumonía*” o “*pulmonía*”. Por último, la agrupación de los “*padecimientos propios*” que serían los síndromes culturalmente delimitados (SCD) y que contienen los padecimientos: “*el espanto*” o “*el susto*”, “*el aire*”, “*ojear*” o “*mal ojo*” y “*el empacho*”.

Para cada agrupación, se describirán los padecimientos que la componen y cómo las madres los identifican, cómo determinan su origen y los criterios de gravedad, y cómo su sistema de conocimientos se accionará en la carrera curativa evidenciada en las trayectorias de atención. Al final de los subapartados —en que se describen los padecimientos— se presentarán diversos casos seleccionados de la muestra de madres, para ilustrar la trayectoria de atención y los recursos que se ponen en acción en las trayectorias.

5.1.2.1. “*Males del estómago*”

Los “males de estómago” de acuerdo con la denominación que hacen las madres, son: a) la “*diarrea*”; b) “*infección*” o “*infección de la barriga*” o “*infección del estómago*” [infecciones gastrointestinales]; c) “*bichos*” [parasitosis].

La “diarrea”

La “**diarrea**” como un padecimiento en sí mismo y se caracteriza, según las madres, por: deposiciones líquidas —“*hace agua*”— frecuentes. Algunos síntomas secundarios —no siempre se presentan— pueden ser: dolor de barriga, estado de ánimo decaído y puede o no presentar fiebre. En caso de presentarse fiebre, si la fiebre es alta —“*está muy calientita*”— o no cede ante el uso de prácticas de medicina popular, puede ser considerada como una “*infección de la barriga*”. La presencia de otros síntomas como el vómito, puede indicar una complicación de este padecimiento o una *infección*.

Existe una diferenciación entre los tipos de diarrea que están determinadas por la etiología de este padecimiento y por tanto también el tratamiento se ajusta a esta clasificación. En esta comunidad se describen tres tipos de diarrea: por frío; por la alimentación; y también “diarrea” asociada a “enfermedades propias” o Síndromes Culturalmente Delimitados (SCD), que se tratarán en un apartado específico.

A partir de la “diarrea” unida a uno u otro signo o síntoma —fiebre, dolor— la madre presenta cierta dificultad para delimitar el padecimiento, ya que esta puede ser una “diarrea”, una “*infección*” o alguna enfermedad tradicional. Las mujeres desde un proceso de resignificación materna de su saber y a partir del resultado —ante el cuidado aplicado— puede comprobar o descartar el padecimiento. Por ejemplo, la “diarrea” es por frío si mediante la aplicación de tratamientos calientes y en pocos días, el padecimiento desaparece. También se puede corroborar el padecimiento a partir de la causa, por ejemplo, si consumió algo crudo entonces era “diarrea” por alimentación; y si el alimento estaba “*podrido*” [descompuesto] corresponde a otro padecimiento como es la “*infección de la barriga*” —que veremos también en este apartado—.

Hay que saber que diarrea es, no todas son igual, a veces por descuido de los padres, nosotros mismo se puede complicar. A veces es la diarrea, de frío o de algo que el cuerpo no quería, pero a veces es por algo que ha estado podrido y dio fiebre. Así sí solo es diarrea, eso pasa no más con nuestra medicina, no con la otra (...). Si está caliente damos aguas frescas. (Asiri_B_30)

“(…) más por la lluvia, por el frío, sí, frío por eso hace diarrea también. Para el frío, para que vaya caliente adentro [aguas calientes].” (Nuna_B_24)

La diarrea (...) así suelto, suelto, salía y estaba así dormida, no despertaba (...) sólo diarrea, no fiebre. Si le hacía doler barriga y diarrea. (...) porque había comido habas crudas, (risas) por eso, no he llevado [al centro de salud] porque están sanos ese día no más estaba calentita. Otro día le dio así mismo, así, así suelto, suelto, pero había sido del frío no más, no dolía nada. (Anahí_B_25)

“(...) así a veces diarrea, no mucho, mucho, pocas nomas, solo diarrea da más, estaba calentita también (...) poquito no más.” (Maura_B_28)

Entonces la diarrea se confirma y se diferencia de otro padecimiento, por no presentar fiebre o por presentar fiebre leve “*está caliente*”, la fiebre leve normalmente cede con medios físicos o tratamientos de medicina popular—remedios caseros—. En una conversación durante el trabajo de campo con un Yachak, este comentaba que en esta zona lo que más se daba era el “mal de estómago”, pero que no todos son lo mismo, ni se tratan con lo mismo. También en esta conversación mencionó que ‘*La diarrea a veces duele las tripas entonces con planta nuestra mismo se cura*’. La diarrea en principio se resuelve con tratamientos de medicina popular cómo aguas de plantas como: *agüita de manzanilla o tifo* u otros y no incluyen tratamiento farmacológico —fármacos de patente—. Sin embargo, evidenciamos que en ocasiones la madre puede resolver el padecimiento a partir de una serie de cuidados lego que incluirían una combinación de tratamientos incluido el uso de fármacos de patente – automedicación–.

El origen o causa de la “diarrea” estaría relacionado con condicionantes de orden propio de la persona y/o por estilos de vida, como por ejemplo: la higiene personal y de los alimentos; el estado de los alimentos que se consume; lo que ingieren las personas —“*los niños tragan no más cualquier cosa*” —; y las vulnerabilidades de la persona. Algunas madres también mencionan el frío cómo factor causal de la diarrea. En estas narrativas también se refleja el

conocimiento materno híbrido, donde se conjuga el saber popular y el biomédico. No todas las madres logran diferenciar de forma clara los condicionantes que producen un determinado padecimiento, en sus narrativas agrupan las causas de la “diarrea” y de la “infección de la barriga”, y por tanto aplicando —desde su sistema de racionalidades— las mismas causas

“(…) porque había comido habas crudas, (risas) por eso, (...). Otro día le dio así mismo, así, así suelto, suelto, pero había sido del frío no más, no dolía nada.” (Anahí_B_25)

“A veces, pero coge diarrea por mucho frío parece que es, pero no sé, a veces no saben enfermar nada. (...) más por la lluvia, por el frío, sí, frío por eso hace diarrea también, (...).”(Nuna_B_24)

Ehh el aseo, ehh lavar las manos de bien, lavarse las manos antes de comer, después de comer de cualesquiera frutas. Ellos todavía son pequeños, pueden comer de una sola, cuando compran eso tienen que lavar o asear todo eso, así nosotros estamos (...), de repente algún bicho [refiriéndose a parásitos]. (Blanca_B_29)

“Así por comer cosas dañadas o cosas que no son nuestras, así fideo, cubo maggi [condimento artificial], enlatados.” (Asiri_B_30)

Sí, sí por eso mi hijo está creciendo bien, lo mismo que este creció bien. Si yo cuido bien pues, no tener sucio así cada pasando un día hago bañar a mis hijos, mm mm sí. No, no para nada. para nada yo tengo bien limpiecito la casa también por eso no han enfermado mis hijos. Hora de cuando es de comer ya hago lavar las manos, ya para que coman. Así es. (Rocio_B_23)

También varias madres asociaron la presencia de diarrea, infecciones y otras afecciones con la vulnerabilidad del niño ante estas enfermedades “*no están fuertes*”. Algunas de ellas asociaban esta situación de vulnerabilidad a un cambio temprano de la leche materna a otro tipo de alimentos o simplemente al introducir los nuevos alimentos, mientras el cuerpo de los niños se adapta.

Cuando a veces quita antes el seno [mama], dan diarreas, a cada rato se enferma, hasta seis meses dijo en el subcentro [centro de atención primaria], solo seno [mama]. Después de seis meses hacer sopitas, (...) así (...) sopa, papa de los mismo que comíamos nosotros, hay igual. Eso hice así cómo saber decir los del subcentro [profesionales sanitarios]. (Dayami_B_40)

Hasta, hasta nueve meses (...) sigue, sigue nomas hasta cuando se acabé, pero el doctorcito dice seis meses yo hago, pero (...). Sí o sí también ya vuelta ya cuando coge comida da diarrea, ahí sí ya basta, basta, basta. Desde seis meses ya cuando dicen doctores (...). No dejo nomás así endura [madura] toda la barriga los pulmones, todo mismo (...). (Nelli_B_42)

Hay que saber que diarrea es, no todas son igual, a veces por descuido de los padres, nosotros mismo se puede complicar. A veces es la diarrea, de frío o de algo que el cuerpo no quería, pero a veces es por algo qué ha estado podrido y dio fiebre (...). (Asiri_B_30)

En la “diarrea” también se tiene en cuenta la fiebre, pero no como un padecimiento en sí mismo, sino como un signo —desde las lógicas maternas—, que se planea como criterio de gravedad y por tanto las acciones a llevar a cabo variarán. La fiebre como alteración fisiológica,

puede ser medida a través del tacto y la clasificación que hacen las mujeres responde a: sí “*está caliente*”, “*poco caliente*” [fiebre leve]; o si está “*muy caliente*”, “*bien, bien, calientita*” [fiebre alta]. La presencia o ausencia de fiebre —y si es elevada o no—, será un determinante en el criterio que aplicarán las madres para o bien determinar el padecimiento —“diarrea” o “infección de barriga” — y también para determinar la gravedad, y por lo tanto decidir el tipo de atención que se necesitará. Los criterios de gravedad que usan las madres pueden ser similares entre los padecimientos —“*diarrea*”, “*infección de barriga*”—. El entendimiento de la complicación —para las madres— se ve como una transformación del padecimiento, que empieza a mutar hacia otro que consideran de mayor gravedad —como la “infección de barriga”—, evidenciado por una mayor intensidad de los síntomas del padecimiento.

Entre los “males del estómago”, se considera a la “*infección de la barriga*” mucho más grave que la “diarrea” y en caso de no atenderla rápida y apropiadamente puede provocar la muerte. Para algunas madres la complicación o agravamiento de la “diarrea” conduce a la “infección de barriga”, convirtiéndose en ese momento la diarrea como un signo del padecimiento “infección de barriga”. Por tanto, la diarrea si puede ser causa de mortalidad ya que su gravedad está asociada a cambios tales como: temperatura alta que no cede; vómito; deshidratación —decaído, somnoliento y palidez—; “no ingiere alimentos”; y también puede estar irritable y “no duerme”.

Se pone caliente, decaído eso es que está mal (...). Ahí, si con diarrea con agüita de manzanilla. Cuando no hace pasar con esto, cuando sabemos tomar esa agüita, cuando no pasa ya llevamos [al centro de salud], cuando así por ejemplo se pone caliente y no le baja. O así ya no quiere comer y vomita. O está así bien blandito, así sin fuerza.

(Nelli_B_42)

Cuan así no duerme está mal, molesta (...), le dio calenturas así poco a poco y le fui a Hospital, (...). Si es que como que no quería comer (...) así por eso lo lleve de pronto de repente podía empeorar lo fui llevando a Hospital, así fue (...). Aquí no hay nada para que se mejoré. De pronto, de pronto mejor pueda que empeore haciendo mal, es mejor llevar a Hospital (...). (Laura_B_21)

En las narrativas mostradas en el padecimiento de la “diarrea” se ha puesto de manifiesto las dificultades manifestadas por las madres para establecer con precisión los criterios de gravedad. En este sentido, las madres, en la carrera curativa parten de un tratamiento sintomatológico donde la atención y cuidados maternos irán en esa dirección.

En los *males del estómago*, si bien hemos visto hasta ahora, que se ha podido establecer algún nivel de diferenciación de los padecimientos por parte de las madres, dicha diferenciación se pierde cuando la madre cuida y trata síntomas. Esto sucede especialmente con la “diarrea” como padecimiento y la diarrea como signo principal de la “infección de barriga”.

Sin embargo, focalizando en los aspectos que tienden a diferenciar el tratamiento de la “diarrea”, con el tratamiento de la “infección de barriga” —que se describirán en profundidad cuando se aborde este padecimiento—, vemos que los cuidados maternos en la “diarrea” se basan principalmente en remedios populares —tienen como base la medicina tradicional indígena— y por medios físicos, para controlar la diarrea y la fiebre si se presenta. Aunque la “diarrea” y la fiebre en ella, sean consideradas un riesgo potencial, en un primer momento serán tratadas en procesos de autoatención.

En el tratamiento de la diarrea si esta no cede y/o presenta signos de decaimiento y fiebre alta o fiebre que no cede se opta por la automedicación farmacológica —imodium® (loperamida)— a la que acceden, como es el caso de Nuna, a través del tendero de la comunidad

vecina³³. Cuando la madre ve que los síntomas no desaparecen y algunos empeoran, opta por la atención biomédica. Entonces la madre elabora su propio protocolo de cuidado a través de los recursos con los que cuenta, incluyendo: la automedicación con fármacos de patente; el uso de remedios caseros; y otros como los medios físicos. Entre las racionalidades maternas se presenta que un determinado tratamiento articulado con otro puede ayudar a tratar mejor y más rápido el padecimiento, es decir, que su eficacia terapéutica se eleva. La eficacia terapéutica para las madres está determinada por la rapidez con la que desaparece el síntoma.

Nosotros no llevamos a ningún lado, mi mamá sabe hacer agüita de remedios, agüita de manzanillas, a veces cuando no sabe pasar rápido compramos pastillas [para la diarrea]. Sí. en Guayama San Pedro saben vender, tienda, tienda, ahí hay. No sé pues ellos saben traer de Latacunga para vender ahí sabemos comprar. (...) yo le digo tiene pastilla de diarrea, así digo así (...). Claro, esa agüita es bueno, pastilla con agüita de manzanilla o tifo. (Nuna_B_24)

“(...) manzanilla damos para la diarrea, pero ese día nada no dimos porque si estaba así mal (...) yo más llevo a hospital de Zumbahua, que los de Chugchilán, no, no saben ayudar a ver (...).” (Anahí_B_25)

“Cuando está con dolor de barriga es ideal dar agüita de manzanilla, no damos no más así cosas que hagan mal, así (...).” (Mayen_B_27)

³³ Es posible encontrar medicación para el resfriado, la fiebre y la diarrea, en tiendas de las comunidades vecinas tipo “colmados”. La mayoría de esta medicación es de venta libre en Ecuador, Incluso se pueden dispensar sin receta.

Por tanto, ante la forma de presentación de la “diarrea” y de su evolución, se ponen en juego todos los saberes maternos, para establecer su propio protocolo de atención y cuidado. La deshidratación, las mujeres no la mencionan como un signo de peligro en la “diarrea”, pero si expresan toda otra serie de manifestaciones y expresiones que pueden derivadas de esta deshidratación: “*así mal*”; pálidos; decaídos, etc. Todo ello, unido a la percepción de la fiebre —el cuerpo está *cálido*— y la falta de cese del padecimiento, es determinante para que las madres busquen atención de médicos de la medicina occidental. Pero también, la decisión de optar por un recurso de atención u otro, está basada en sus experiencias en el centro de atención local.

La trayectoria de atención de la madre también incluye opciones que hacen parte de su resignificación de un tratamiento eficaz cómo la rapidez en la resolución de un síntoma, la confianza en quien lo recomienda o lo prescribe. Por lo que hacen uso del recurso más próximo que ofrece servicios de atención en salud, que reúne cualidades de ser un recurso confiable y seguro por los vínculos de consanguinidad y por su vinculación con el sistema biomédico —Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS)— al que contradictoriamente también lo consideran seguro³⁴. En este caso la confianza y efectividad puede persistir aun cuando el tratamiento farmacológico provisto por el TAPS no surta efecto, se le vuelve a consultar y esté es quien determina el próximo paso a seguir. Sin embargo, la madre por su parte si incluye remedio casero que no fue prescrito por el curador consultado. Los fármacos de los que proveen los TAPS, son principalmente antipiréticos —como el paracetamol 1gr. en jarabe o pastillas—.

Sí, a veces sabe doler, así cuando se comer algo, a veces (...) coge dolor, diarrea, pero demasiado de barriga. Sí que siempre cuando estoy con, con dolor. Así, si, se avisar a

³⁴ En otras ocasiones el sistema biomédico/ medicina occidental es considerado no seguro, por las mujeres, por los efectos iatrogénicos de los fármacos o por el efecto calmante y no curador de sus tratamientos.

mi hermano, eeehh, mi hermano [TAPS] tiene así pastilla, le manda a hija a que deje, si, si pasa a veces, pero a veces, no pasa mismo. (...). Ahí de ley toca hacer ver mismo, ver con el mismo a veces el mismo nos lleva al hospital (...) Yo a veces, se tomar la pastilla con agua de manzanilla, o solo haciendo, mmm, hervir el agua, a veces dice que no tome con nada, solo con agua. Nosotros hemos pensado que de hacer mejor.”
(Litza_B_22)

Los remedios caseros en la “diarrea” son la principal y a veces la única terapéutica usada por las madres. Durante nuestra estancia de campo, la observación nos permitió evidenciar que la diarrea que se presentó en un niño y una madre y que no se acompañaba de otro síntoma solo requirió de tratamiento con aguas —preparados de hierbas—. El procedimiento terapéutico del uso de las plantas está determinado por las recomendaciones de su grupo social, y por la aplicación medidas preventivas, como la modificación de la alimentación evitando algunos alimentos.

Pero así con las plantas nativas así he estado tomando una u otra cosa, pero dice que tienen que tomar hasta tres, máximo diez días de una cualquier planta. (...), de la cura de las con las plantas medicinales para dolor de barriga también dicen (...) así, cualquier planta, cualquier remedio de natural, por ejemplo, (...) dice que es bueno jugo de papa, eso no he tomado todavía jugo de papa (Maywa_B_38).

Nosotros cuando los aquí dentro de familia, cuando estamos enfermos, así con dolor, diarrea, sabemos tomar unas raíces de unas plantas, eso con comprando bicarbonato, con un poco de bicarbonato, eso se les da, entonces se les hace pasar y entonces no comer leche en ese momento leche o queso, entonces. (Asiri_B_30)

Con la presencia de fiebre vemos como las mujeres aplican las representaciones con respecto al binomio frío-calor. Cuando el cuerpo está caliente administran aguas frescas — líquidos a base de plantas o alimentos que desde sus saberes se consideran fríos— como la *quitomosa*.

Con si está con mucha diarrea aquí voy al subcentro. Si no está muy enfermo les doy agüita de de... Tifo, de ahí un poco de Salvia. Qué hacemos una planta que sabe hacer, saber soltar un olorcito de hay vuelta tengo haciendo quemar azúcar con un cuchillo hay que hacer quemar cuchillo si es que ya no va a pasar con eso llevó a subcentro cuando esta fiebre vuelta a tomarse frescos que saben hacer, esos hay que hacer [...] y tomar, jugo de quitomosa ese hay que hacer tomar y hacer, tiene que abrigar un poco y se corta la calentura (Dayami_B_40).

En el padecimiento de la “diarrea” se narraron seis casos (véase Tabla 9), donde aparece la automedicación materna y familiar, usando solamente remedios caseros —que tiene su base en la medicina tradicional—, o bien combinándola con fármacos. Así mismo, son determinantes en las decisiones —sobre el tipo de cuidados que aplican las madres—, los síntomas: su duración; su severidad; o la aparición de nuevos síntomas. Cuando la madre detecta señales de peligro acudirá a la medicina occidental ya sea a través de la automedicación o de acudir al centro de salud. La primera opción son los remedios caseros y en algunos casos la única opción para tratar la “diarrea”. La segunda opción es la automedicación con fármacos. Las madres hacen uso de recursos cómo el tendero, los TAPS —sobre todo, sí se tiene una relación de confianza— y el sistema biomédico como sería el centro de salud local, el hospital público local y el hospital público vecinal.

Todo esto está en relación con que la madre hace uso primero del recurso más próximo y seguro desde su sistema de racionalidades —pueden ser las plantas o el TAPS—. La autoatención materna también está compuesta de saberes sobre la representación frío-calor,

donde se administran aguas frías o se aplican medios físicos para controlar el calor del cuerpo. Dentro de las racionalidades maternas se evidenció que el tratamiento conjunto de remedios caseros y fármacos, elevan la eficacia terapéutica. Por otro lado, los condicionantes de atención —como las experiencias anteriores o su racionalidad sobre eficacia de un tratamiento— también determinarán que a centro acudir. Finalmente, en este padecimiento como primera opción las madres no tratan de curar —cortar la “diarrea” — sino cuidar durante este proceso, con aguas y solo cuando se presentan síntomas graves optan por otras formas de tratamiento.

Tabla 9. Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención de la “diarrea”

	Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención		
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Caso 1	(Nuna_B_24)	Nuna	Remedios caseros	Automedicación: Fármacos (Tendero)	Remedios caseros y fármacos
Caso 2	(Anahí_B_25)	Anahí	Hospital público vecinal (biomedicina)		
Caso 3	(Litza_B_22)	Litza	Consulta TAPS (Familia extendida)	Remedios caseros y fármacos	Hospital público Local (biomedicina)
Caso 4	(Maywa_B_38)	Maywa	Remedios caseros		
Caso 5	(Asiri_B_30)	Asiri	Remedios caseros		
Caso 6	(Dayami_B_40)	Dayami	Remedios caseros	Centro de salud local (biomedicina)	

Fuente: Elaboración propia.

“Infección de la barriga o del estómago”

Siguiendo la lógica materna el segundo padecimiento en importancia que describen, es la “infección de la barriga”. Esto se debe a que se presenta como complicación de la “diarrea”. La mayoría de las madres la reconocen a partir de algunos cambios en el equilibrio del cuerpo como: la diarrea; temperatura corporal alta y constante, acompañada de escalofríos; el nivel cansancio —fatiga—; y estado de ánimo decaído. Describen otras alteraciones secundarias

como son: dolor de cabeza; dolor de estómago; vómito; palidez; y “estar blandito” [que le falta tono muscular] o “flojito” [que le falta tono muscular]. Se pudo apreciar que el estado decaído —referencia a la somnolencia— y los cambios del cuerpo como palidez y “blandito”, se presentaban o se reconocían en los casos de “diarrea” que habían sido de larga duración: “*así cuando ya están mucho tiempo se ponen pálidos, no quiere nada, están blanquitos*” (Asiri_B_30). Con respecto al aspecto y olor de las deposiciones, solo una madre, en una reunión en la comunidad hizo referencia al olor, pero ninguna mujer más mencionó nada.

De igual manera, la presencia de palidez, de “estar blandito” o “decaído” un niño/a, se asocia a mayor gravedad del padecimiento. Como ya se describió anteriormente —en la “diarrea”—, las madres no utilizan el término deshidratación, sino que la reconocen, debido a la educación sanitaria recibida por los profesionales de la salud. Es por ello que asocian el vómito, decaimiento, palidez —que son signos de deshidratación—, como gravedad del padecimiento.

Algunas de las madres —debido a sus experiencias previas— a partir de los cambios en sus hijos, podían reconocer y hacer referencia al diagnóstico médico de infección. Al igual que en la “diarrea” la determinación del padecimiento establecía una decisión en cuanto al tipo de cuidado que éstas realizarían. Pero en otras ocasiones, la determinación del padecimiento venía por el resultado de la aplicación del tratamiento, por ejemplo: si la madre lleva al médico de medicina occidental y los síntomas desaparecen a los pocos días de tomar fármacos, se confirma que era infección.

Hay mismo me fui ya no podía ya cómo que vino con dolores de cabeza, como fatiga así malestar así, allí mismo me dio, (...) después (...), por el estómago así mismo (...), así mismo me quedé dormida bien, bien, bien dormida. No le podía despertar ya después me fue dónde hospital con diarrea, con dolor, que dolor, infección había sido, pero yo sí dije que era del estómago mismo alguna infección. (Maywa_B_38)

(...) manzanilla damos para la diarrea, pero ese día nada no dimos, porque si estaba así mal, no podía levantar, estaba pálida, no comía nada, nada. Ahí si le llevo a su subcentro [se refiere al centro de salud] por diarrea. Hace tres meses, solo esa vez he llevado, (...). (Anahí_B_25)

“Sí, a veces sabe doler, así cuando se comer algo podrido, a veces (inaudible) coge dolor, pero demasiado de barriga (...) puede ser alguna infección de barriga.” (Litza_B_22)

“(...) la comida se le daña otra vez se llega a esas comidas en el vientre entonces y ya empieza a dañar otra vez como que viene temperatura, escalofríos, coge a los niños, entonces otra vez ya empieza diarrea.” (Asiri_B_30)

Ahí, si con diarrea con agüita de manzanilla. Cuando no hace pasar con esto, cuando sabemos tomar esa agüita, cuando no pasa ya llevamos, cuando así por ejemplo se pone caliente y no le baja. O así ya no quiere comer mismo, vomita (...). O está así bien blandito, así sin fuerza. (Nelli_B_42)

Dentro de los criterios de gravedad maternos la “*infección de barriga*” sería un padecimiento grave, ya que podría complicarse y presentar síntomas de deshidratación. Si los niños/as han recibido tratamiento tradicional o popular y no cede el cuadro, se confirma que es una infección intestinal. En estos casos, acudirán al médico alopático, pero en un centro hospitalario —segundo nivel de atención o atención de mayor complejidad—, ya que no bastará con acudir al centro de salud —atención primaria—. En el caso de las “infecciones de barriga” parece que las madres descartan la medicina tradicional y cuidados populares, aspectos

que se aprecian en la carrera curativa. Esta afirmación puede parecer contradictoria con los datos presentados, sobre todo cuando se muestren en la Tabla 10 —que se describirá más avanzado el apartado— en la que se mostrará la trayectoria de atención de la “infección de barriga”. El hecho es que cuando las mujeres inician el tratamiento —cuando hay fiebre— y una vez los síntomas no ceden o se agrava el cuadro, acuden a la biomedicina. Pero todo ello, una vez que —desde sus saberes— confirman que es “infección de barriga” y descartan la MT o popular, no insisten con la autoatención.

En cuanto a la carrera curativa de la “*infección de la barriga*” no existe una diferenciación clara con respecto al tratamiento para la “diarrea”. Sin embargo, a partir del saber materno se analizó la carrera curativa, en base a: sí la “diarrea” presento cambios considerados graves —fiebre alta que no sede, decaimiento, palidez—; si, como parte de la carrera curativa, se incluyó un recurso de atención hospitalaria; si el tratamiento consistió en varios tipos de medicación; y si después de recibir tratamiento farmacológico, la persona o el niño mejoró. Todos estos aspectos, confirmarían desde el saber materno que el padecimiento era “*infección de la barriga*”.

Por mostrar un ejemplo, Maywa atendió primero su padecimiento como “diarrea”, tomando aguas de plantas de la zona. Posteriormente en la trayectoria de atención —reformula su clasificación sobre el padecimiento— al ver que la “diarrea” persistía, su esposo consultó a un curador vecinal, al parecer no profesional —no acreditado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) como médico tradicional³⁵—. Una vez presenta efectos no deseados al tratamiento y recomendado por el curador vecinal, ella y su esposo reconocen que la afección es grave —

³⁵ Los parteros/as y los yachaks reconocidos en las comunidades y son capacitados por el MSP a través del PSnl de los centros de atención primaria, en temas de salud sexual y salud reproductiva, derivaciones de mujeres embarazadas, cuidado a recién nacidos, complicaciones obstétricas, situaciones de riesgo, nutrición, etc Una vez culminadas las capacitaciones a las/os parteras/os se hará una evaluación. Y se extenderá el certificado de reconocimiento y el carné distintivo de partera/o articulada/o, a la persona que haya aprobado la evaluación y se adhiera al Código de Ética de la Partería Ancestral. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Intercultural (MSP,2015).

“*así no despertaba*”— y optan por la atención profesional biomédica como última instancia de atención (NO). En la descripción de este caso se ilustra como el resultado de la autoatención materna y familiar no da resultado—incluso empeorando el padecimiento— y por lo tanto el proceso de autoatención concluye con un ingreso hospitalario. En este caso se logra la eficacia curativa a través del uso de antibióticos y analgésicos que confirman el diagnóstico de “infección de la barriga”.

Primero solo en la casa, así como dije compañera con plantas nativas, ya más luego unos días más después, me puse mal, esa vez sí pasó ahí era solo diarrea. asimismo, mi esposo, así, con un doctor natural, una señora, había dicho que para tomar estas cosas de hierbas. Eso me hizo tomar licuando y con él le tomé una taza, después le tomé y me quedé así, paralizada, sin mover ningún lado, respiración como que ajustaba así, no podía respirar nada, nada. Y le quedo de rodilla para abajo quedó paralizado no me podía mover cómo que amarrado. Más después ya no podía. Hay mismo me fui ya no podía ya cómo que vino con dolores de cabeza, como fatiga así malestar así, allí mismo me dio, (...) después (...), por el estómago así mismo (...), así mismo me quedé dormida bien, bien, bien dormida. No le podía despertar ya después me fue dónde hospital con diarrea, con dolor, que dolor, infección había sido, pero yo si dije que era del estómago mismo alguna infección. (...) Ocho días me quedé así mismo, no tanto, pero valdré me llevaron al Hospital casi a las nueve de la noche en emergencia. (...). Me eso me atendió en emergencias, ahí pusieron suero, pincharon también primero, luego no me dijeron que pusieron, yo confié no más. Ellos no saben decir, pero así antibiótico había sido y para el dolor. (Maywa_B_38)

En otros casos, también se evidenciaron que existe un factor que se repite y es la poca información que tienen las madres sobre el tratamiento que reciben en el sistema biomédico: en algunos casos la explicación del tratamiento es inexistente y en otros la persona admite no

recordar (NO). El no recordar, que a veces mencionaban las mujeres, puede estar relacionado con el uso de términos o palabras técnicas por parte del personal sanitario, sumado a que el español no es su idioma natal —es el Kichwa— y al nivel formativo de las mujeres.

El nivel de los cambios en el cuerpo y su duración determina el tipo uso de recursos y de tratamiento. Cuando consideran que el padecimiento empeora y no cede, acuden a la atención biomédica y hacen uso de la medicina occidental. Cuando los síntomas disminuyen o desaparecen, desde su sistema de racionalidades maternas, determinan que la medicación ha cumplido su objetivo y se deja de tomar. Las madres conciben el tratamiento como tratamiento sintomático —si ceden o desaparecen los síntomas ya se ha cumplido su función—, desconociendo lo que implica este hecho —dejar de tomar antibiótico antes de finalizar el tratamiento—.

Por otra parte, la eficacia terapéutica, en las racionalidades maternas, también se relacionan con el tipo de recurso a utilizar en función de la percepción de mayor riesgo o peligro para la persona a causa del padecimiento. Ante el riesgo o peligro, prefieren la atención hospitalaria ya que la relacionan con mejores profesionales y más experimentados. Esto contrasta con la percepción que tienen de los profesionales de salud comunitaria —la atención de primer nivel en el centro de salud local—, donde están los médicos sin experiencia³⁶ “ellos son jóvenes ellos no conocen bien” (Asiri_B_30).

A veces vuelta cuando yo mismo, cuando mi esposo, mi hijo estaba con dolor, ahí, había estado con dolor de barriga y fiebre, no pasaba, no pasaba, yo le hice de poner hojas frescas, mi suegra trajo unas aguas. Ahí cuando fuimos, dieron medicamento, no

³⁶ La atención de salud en las áreas comunitarias rurales —donde se ubican principalmente las comunidades indígenas— se proporciona esencialmente por profesionales que realizan el denominado “año de salud rural”. Este es un periodo de práctica en las parroquias rurales o urbanas marginales como requisito previo para la inscripción de títulos y la habilitación del ejercicio profesional— (MSP, 2017).

me acuerdo nombre si tomo, moxilina, mocilina, creo que era, pero ya más luego si estaba bien, ya solo con nuestras plantitas curó. (Blanca_B_29)

Si es que como que no quería comer. No quería comer, estaba diarrea, así calentito, dimos sopitas, así por eso lo lleve de pronto de repente podía empeorar lo fui llevando a Hospital, así fuimos. Aquí no hay nada para (...) que se mejoré. De pronto, de pronto mejor pueda que empeore haciendo mal, es mejor llevar a Hospital para ver qué tiene eso hay que hacemos, (...). (Laura_B_21)

En los tres casos que se han utilizado para la descripción del padecimiento de “infecciones de barriga”, dos eran de personas adultas y un niño. La trayectoria de atención, de los casos, se construyó a través de tres recursos de atención: la autoatención materna; la atención popular —curador vecinal no profesional—; y la medicina occidental (véase Tabla 10). Los cuidados maternos para la “infección de barriga”, en su fase diarrea, consisten en remedios caseros, principalmente aguas de manzanilla y algunas sopas —esencialmente de pollo— como forma de mantener hidratada a la persona. Si la persona no come y la temperatura alta no cede, consideran esta situación como síntomas de gravedad. En una segunda fase, se hace uso de tratamientos tradicionales —por un curador no profesional—. Y la tercera opción es la medicina occidental mediante uso de fármacos.

En uno de los casos presentados, no se aplicó la automedicación, ya que, debido a la aparición súbita y severa de los síntomas, enseguida se identificó como grave, por la atención biomédica fue la primera opción.

En definitiva y a modo de síntesis del padecimiento de “infecciones de barriga”, se evidenció que a medida que el padecimiento se extiende y aparecen los síntomas de gravedad aumenta el uso de la medicina occidental, desaparece la automedicación y disminuye la autoatención y cuidados maternos —pero sin desaparecer—. Se resaltan las decisiones

maternas de administrar o suspender la medicación como parte de la estructura de autoatención y el sistema de racionalidades sobre el uso sintomatológico de la medicina occidental —a pesar del daño que se puede causar— ya que la persona al sentirse bien considera que ya no es necesario.

Tabla 10. Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención de la “infección de la barriga”

Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención		
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Caso 1	(Maywa_B_38)	Maywa	Autoatención (madre) Remedios caseros	MTI/A, aplicado por Curandero vecinal no profesional Tipo medicina: Hospital público / (biomedicina)
Caso 2	(Blanca_B_29)	Blanca	Remedios caseros	Hospital público / (biomedicina)
Caso 3	(Laura_B_21)	Laura	Hospital público Local (biomedicina)	

Fuente: Elaboración propia.

“Bichos”

La parasitosis son otro de los “males de barriga”, que las madres indígenas los nombran o identifican por “bichos” y que a su vez clasifican —desde su sistema de racionalidades maternas— como: “*lombrices*” o “*cuicas*” y “*amebas*”.

La parasitosis se define a partir de la presencia de “*bichos*” [parásitos] y como alteraciones secundarias: dolor de barriga; diarrea; “*barriga hinchada*” [aumento del tamaño del abdomen]; palidez; no come o come mucho pero no engorda³⁷.

³⁷ En el trabajo de campo no se pudo evidenciar una distinción clara de en qué caso se presenta esta situación.

Las madres no identifican a los “bichos” como un padecimiento grave, de entrada, ya que síntomas como la diarrea o el dolor de barriga no siempre están presentes —o se presentan como episodios agudos y cortos en el tiempo—. Pero también porque, aunque la persona tenga parásitos, no siempre los ven, ya que no siempre son expulsados. Por todo ello, aunque la persona tenga “bichos” el padecimiento no produce incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, aspecto importante que hace que las madres lo identifiquen como menos grave.

En relación con las actividades de la vida diaria, las madres reconocen la necesidad de tener precauciones debido a las posibles causas de los “bichos”. Por ejemplo, describen: evitar dar a los niños alimentos que caen al suelo —por los bichos—; limpiar las frutas antes de comer; o lavarse las manos. Algunas madres presentes en las observaciones realizadas —pero que no pertenecían a la muestra de madres del estudio— manifestaron cosas como: *‘creo que ya está con bichos’*; *‘no comas eso te van a dar bichos’*; incluso una mujer durante una de las observaciones en uno de los mercados comunales, comentaba que cuando los niños/as *‘están flacos’* les llevan al centro de salud para que les den tratamiento desparasitario.

(...) solo externo, ponemos como para garrapatas, si es que es interno ya desparasitar mismo ponemos por dentro, así mismo es para gente también. Si es que es desparasitante sabemos dar de tomar adentro, hay otro tipo, no, no es picante nada [no es picante al gusto]. (Asiri_B_30)

Intentando reproducir mi conversación con un Yachak y referido a los “bichos”, éste comentaba: *‘Cuando los guaguas [niños] están con bichos a veces no come nada, se ponen flacos, no quieren mismo comer, sí cuando come la cuica [lombriz] se pone gorda y los guambritos [niños o jóvenes] flacos.’*

“También en una ocasión, una partera-curandera comentó, que cuando los niños/as expulsan las lombrices, allí mismo las eliminan”.

En los “bichos” —a diferencia de otros padecimientos—, como en muchas ocasiones no se observan los parásitos, solo se confirma este padecimiento con la visita al médico y porque tras el tratamiento farmacológico los síntomas cesan o bien porque expulsan los parásitos.

En el caso de los “bichos”, las madres explicaban que dos causas en las causantes de este padecimiento. La primera la asociaban a comer cosas del suelo, ya que en el suelo es donde normalmente se encuentran los animales, gusanos o bichos, cómo ellas les denominan. Y la segunda estaba relacionada con ingerir alimentos sucios, ya que éstos pudieron estar en contacto con áreas sucias, contaminadas hayan estado o no en el suelo.

A veces en el colegio comen así sin lavar las manos, agarran cosas del suelo aquí mismo a veces en el suelo puede haber cualquier cosa [parásitos], ahí da diarrea (...). Claro, Ahí vienen juegan y ellos vuelta vienen así quieren comer sin lavar las manos. Siempre estoy diciendo que primero laven mano, y que vengan comer así (Maura_B_28)

En una de las visitas a Asiri (Asiri_B_30), mientras jugaba con sus hijos recordó que en la escuela *“los profesores no están pendientes y ellos comen cualquier cosa, a veces en entre los niños comparten las cosas y no tienen cuidado porque ellos no saben no más ahí se pasan los bichos, o no sabemos que bichos no más habrá, por eso siempre lavo las manos cuando vuelven, hay más que nada cogen infecciones”* (Asiri_B_30). Asiri reconocía la presencia de un agente causal de la enfermedad, pero no de forma clara reconocía la capacidad infectocontagiosa de algunos parásitos, por lo que tomaba algunas precauciones.

Los criterios preventivos que aplican las madres están relacionados con las causas del padecimiento. Ellas creen necesario que evitar lo que causó el daño, evitará que desarrollen o

vuelvan a desarrollar este padecimiento. Así describen: evitar alimentos crudos; alimentos que no son propios de su alimentación —condimentos, pasta, enlatados—; comer cosas “naturales”; mantener cuidados personales —lavarse las manos antes de comer o higiene personal—; evitar alimentos sucios o que estén en el suelo.

Con respecto a los criterios de gravedad de los “*bichos*”, no se encontraron experiencias o casos que avalaran la representación de gravedad, por lo que más bien se identifica como una enfermedad no grave —como se indica al inicio del apartado—. Como ya se ha mencionado antes, esto es así porque sus manifestaciones no son agudas y en el caso de presentarse diarrea y síntomas que denoten deshidratación —palidez, decaimiento, somnolencia— podría ser grave, por lo que amerita tratamiento biomédico.

“Aquí no enfermamos, si a veces bota cuicas [expulsa lombrices] ya pasa, pero sino, ahí si toca llevar al doctorcito, así por ejemplo si dio diarrea y no curó pronto se puso peor, llevamos” (Nelli_B_42)

En cuanto a la carrera curativa, “los bichos”, para las madres, sólo pueden curarse eliminándolos. Se pueden eliminar solos —de forma espontánea sin tratamiento—o a partir de tratamientos, en todo caso *‘hay que matar, hacer que saquen los bichos’*, forman parte del objetivo de la atención materna.

También hay que indicar que en el centro de salud local existe un “protocolo”, que consiste en aplicar un tratamiento profiláctico antiparasitario, cuando las madres acuden al control “obligatorio del niño sano menor de 5 años” o por algún padecimiento. Pese a este protocolo, los médicos lo refieren con la principal patología que presentan los niños de las comunidades. Sin embargo, durante nuestra estancia en la comunidad solo pudimos confirmar tres casos de parasitosis confirmados con análisis de laboratorio en la comunidad. Por otro lado, se presentan casos en los que al acudir centro de atención de salud por una diarrea que no cede —que para la madre desde su sistema de saberes corresponde a una infección— reciben

tratamiento antiparasitario, pero las madres no identifican claramente el tratamiento por lo que no podemos recogerlos cómo tratamiento antiparasitario.

Dentro de la carrera curativa, las madres reconocen la necesidad de acudir al médico para recibir el tratamiento adecuado, aunque también identifican la existencia de tratamientos naturales para la parasitosis. En este caso, al igual que en otras situaciones, se interrumpe el tratamiento para evitar los efectos iatrogénicos que según la madre pueden causar por tomar el medicamento.

Tengo bastantes molestias de espalda también, hay no le conté con la Doctorita que mandó pastillas coloface [coluface nombre de un fármaco antiparasitario]. Eso le tome dijo que esa pastilla para, para anti-bacterias [pero se refería a parásitos]. Me dio, me mandó seis pastillas, no le tomé, una me tomé, era el jueves, bien, llegué a la casa, me tomé, dijo que tomé el día para acostar... En vez de eso sabemos hacer aguas de diferentes plantas que tenemos aquí manzanilla, Tifo, de miling y también hacemos de linaza o de yanting o flores de claveles, eso sabemos hacer agüitas y eso sabemos dar.”
(Maywa_B_38)

(...) nosotros (...) ya viendo que bota [que expulsa parásitos], aquí que planta mismo merece para este tipo de enfermedades, para eso sabemos hacer (...) si es que no es de tomar, tomar, si es que no es de tomar, es para para afuera, para externo. Entonces eso algunos no identifican bien y toman y también creo tu mal porque como decir nosotros compramos algún, algún medicamento para borregos si es que es externo, solo externo, ponemos como para garrapatas, si es que es interno ya desparasitar mismo ponemos por dentro, así mismo es para gente también. Si es que es desparasitante sabemos dar de tomar adentro, hay otro tipo, no, no es picante nada, con raíces no más. (Asiri_B_30)

En este padecimiento se presentaron dos casos y la trayectoria de atención se construyó a través de dos recursos de atención: la medicina occidental o biomedicina y la autoatención materna (véase Tabla 11). En uno de los casos solo hubo una fase de atención, mientras que en el otro caso hubo más de una. En el caso de Maywa se destaca que los cuidados maternos, fueron en primera instancia la decisión de asistir al centro de atención y el uso de medicina occidental y en siguiente paso —desaparece el uso de medicina occidental y no se hace uso de la automedicación con fármacos— y aparece la automedicación con remedios caseros.

En el caso del recurso hospitalario, el tratamiento son fármacos propios de la medicina occidental para la parasitosis. La autoatención consistió principalmente en suspender la medicación a partir de sus sistemas de racionalidades maternas basadas en el uso sintomatológico de los fármacos y en el efecto iatrogénico de éstos. El uso de remedios caseros se utilizó principalmente para sobrellevar las molestias del padecimiento y del tratamiento —efecto iatrogénico— como el dolor de estómago y el malestar general. Se evidenció que la persona que aplica remedios caseros es una de las dos mujeres en la comunidad que más conoce del uso de las plantas.

Tabla 11. Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en los “bichos”

Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención
--------	------------	--

			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Caso 1	(Maywa_B_38)	Maywa	Hospital público / (biomedicina)	Remedios caseros	
Caso 2	(Asiri_B_30)	Asiri	Remedios caseros		

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a los 3 padecimientos agrupados en “males de barriga” (véase Tabla 12), algo notorio es que en todos los casos el tratamiento materno es diverso y complejo, ya que se reformula según también se reformula identificación —por parte de las madres— del padecimiento, o según el proceso —mejora o agravamiento—. Del total de 11 casos descritos dentro de los padecimientos de “males de estómago”, 7 utilizaron como primer recurso los remedios caseros, 3 la consulta médica y 1 el TAPS³⁸. En ninguno de los casos, la automedicación con fármacos de patente fue la primera opción, sin embargo, sí estuvo presente como segunda y tercera opción. En uno de los casos se consultó a un terapeuta popular y al tendero o farmacéutico. La automedicación con fármacos de patente fue usada solo en 3 casos, de los 11, como segunda y tercera opción. En conclusión, el recurso que más se usa es la automedicación con remedios caseros.

En cuanto al uso de remedios caseros, éstos se basan especialmente en 12 tipos de remedios, que corresponden a aguas —infusiones— de hierbas o plantas como: manzanilla, tifo, verbena, paico, quitomosa, salvia, millin, linaza, llantén, de flores claveles, de raíces —que las madres no especifican nombres—. Y también remedios como el bicarbonato al que le agregan gotas de limón. El objetivo de estos tratamientos es evitar la deshidratación y curar o disminuir el dolor de estómago.

Con respecto a la automedicación con fármacos de patente, aparecen en la trayectoria de atención antidiarreicos —loperamida— y antipiréticos —paracetamol—.

³⁸ Que personal técnico sanitario, acreditado por el MSP, de origen indígena.

Tabla 12. Posición de los recursos utilizados y presentación de las fases en la trayectoria de atención “males del estómago”

	Nivel 1 en la trayectoria de atención	Nivel 2 en la trayectoria de atención	Nivel 3 en la trayectoria de atención	Total
RECURSO				
Automedicación: remedios caseros/ medicina popular	7	2	1	10
Automedicación: fármacos de patente	-	2	1	3
Médico (Consulta médica)	3	2	2	7
Terapeuta popular	-	1		1
Tendero		1		1
Técnico de atención Primaria	1			1
Total	11			23

Fuente: Elaboración propia.

Los conocimientos sobre estos padecimientos están influenciados por el saber popular y por los conocimientos impartidos desde el modelo biomédico. De este modo, las madres han asimilado el uso de estos cuidados o tratamientos a través de: las enseñanzas de su propia familia —como padres/madres y abuelos/as—; las recomendaciones compartidas en sus redes sociales; las prescripciones hechas por los curadores de la medicina tradicional (por ejemplo, Yachaks y Parteras certificados/as); y las recomendaciones efectuadas por farmacéuticos o tenderos y/o por los TAPS.

Puede decirse que en el caso de los “males del estómago” los cuidados y atención materna son primordialmente sintomáticos y se basan en la necesidad de tratar los cambios y alteraciones —síntomas— específicos en el equilibrio del cuerpo. En algunos casos también pueden enfocarse en la causalidad, como es el caso de la parasitosis donde las representaciones

y prácticas maternas reconocen la necesidad de eliminar el agente causal. También se enfocan en las prácticas preventivas, como los cuidados en la alimentación.

En cada situación o padecimiento concreto, dependiendo de la evolución y de la eficacia del tratamiento aplicado, la madre va poniendo en juegos sus saberes —representaciones y prácticas—, elige recursos y toma decisiones que le llevan a curar del padecimiento.

A modo de conclusión podemos establecer que entre los “males del estómago” —padecimientos gastrointestinales— se identifican la “diarrea”, “infección del estómago” o “infección de barriga” y “los bichos”. Así mismo, se identifican nueve síntomas que son: fiebre, diarrea, palidez, dolor de estómago, barriga hinchada, vómito decaimiento, dolor de cabeza, disminución del apetito. Existen algunos cambios que son comunes entre los padecimientos lo que puede dar lugar a confusión entre ellos, como es el caso de la fiebre, la diarrea y el estado de ánimo decaído. Sin embargo, el tratamiento determina finalmente el padecimiento.

Las madres en esta comunidad identifican y clasifican los cambios del padecimiento, para determinar cuán grave o leve puede ser y a partir de ahí decidir la ruta de atención que seguirán. Para las madres un padecimiento es la representación de una serie de cambios y alteraciones en el equilibrio del cuerpo —signos y síntomas— y si alguno de estos cambios incapacita social y laboralmente a la persona, desde su sistema de racionalidades tratará de atender primero ese cambio o alteración.

Para determinar la gravedad del padecimiento, las madres consideran determinadas alteraciones como: la fiebre alta; la deshidratación³⁹; y aún más grave, que el niño/a no despierte. Por este motivo, las madres, lo que prestan especial atención a la diarrea y su evolución, ya que cuando se da la “diarrea” siempre tienen presente que ese padecimiento en

³⁹ La deshidratación, tal y como se explica a lo largo del apartado, las madres la identifican a través de diversos cambios como: decaído, somnoliento y palidez.

realidad puede ser otro más grave como es la “infección de estómago” sí la persona empieza a tener fiebres altas. El padecimiento que sí identifican como menos grave es el de los “bichos”.

5.1.2.2. “Males respiratorios” o “males del pulmón”

La segunda agrupación de los padecimientos fue la de “males respiratorios” o “males del pulmón”. Dentro de esta agrupación, las madres identifican como padecimientos: la “gripe”; la “tos”; y la “neumonía-pulmonía”, esta última al igual que la “infección del estómago” no siempre es identificada por la madre como tal, sin embargo, la recogemos por las manifestaciones que presenta.

En cuanto a los criterios de gravedad dentro de los “males respiratorios” —desde los saberes de las madres—, “la gripe” y la “tos”, son los de menor gravedad mientras que la “neumonía-pulmonía” serían de mayor gravedad.

“Gripe” o “resfriado”

El padecimiento más común, en palabras de las madres —y a partir de las observaciones—, fue el de “gripe” o “resfriado”. Este padecimiento tiene una relación directa con el clima, que es especialmente frío y seco en esta zona andina. Las madres identifican estos padecimientos a partir de síntomas como: mocos, que pueden ser “*aguados*” [mucosidad de consistencia líquida y transparente] o verdes; y ojos llorosos. Como alteraciones secundarias, las madres describen: dolor de cabeza; fiebre; tos; dolor de barriga; estado ánimo decaído; y dolor de huesos. El tratamiento que se aplicará varía de acuerdo con que, si presenta fiebre o no, ya que al ser un padecimiento de frío darán aguas calientes, pero si tiene fiebre darán “*aguas frescas*” [aguas templadas o frías].

“Gripe y temperatura no siempre da. Es lo que más da, así mismo aquí nosotros por el frío toca cuidar.” (Litza_B_22)

“Sí con gripe, eso es lo que más saben hacer, ...no pasó la noche, no avanzó a dormir nada. Sí, sentía calorcita, y le tocas caliente la piel, y los mocos, a veces les da tos así la garganta les sabe coger.” (Mayen_B_27)

“(...) gripe, la fiebre, así, se pone caliente, el tos o con dolor de barriga o dolor de cabeza.” (Blanca_B_29)

“(...) a veces sabe coger gripe, a veces por el resfrío, dolor de cabeza, dolor de pies, así dolor de huesos, eso saben coger por el frío.” (Maura_B_28)

“(...) si es que es más o menos temperatura hacer con frescas, hojas frescas, si es que es una gripe, hacer lo mismo con o con lo que es, plantas que tengan más o menos algún tipo de calor⁴⁰(...) para que mejore la respiración, hacemos apestar [inhalaciones] (...).” (Asiri_B_30)

El padecimiento de la “gripe” se caracteriza por la presencia de mucosidades, que desde la lógica materna, algunas pueden complicarse y transformarse en “tos” y luego “pulmonía”. Por ese motivo la “gripe” no es considerada un padecimiento grave en sí mismo, pero sus complicaciones sí.

El tratamiento de este padecimiento —según lo evidenciado en las observaciones—, está determinado principalmente por el tipo cambio en el cuerpo, como si presenta fiebre o no,

⁴⁰ Para las madres existen plantas que tienen propiedades de frío o calor y de acuerdo con esta propiedad pueden ser usadas para determinados padecimientos.

o si presenta dolor de cabeza o no. Para las madres, la mucosidad no es un signo deshabilitante —que no permite realizar las actividades de la vida diaria—, por lo que las madres en este caso aplican remedios populares. En el caso de que los niños/as presenten dolor de cabeza y fiebre, las madres prefieren un tratamiento farmacológico.

En cuanto a los criterios de gravedad —desde los saberes maternos—, la “gripe” no se aprecia cómo grave, ni como causa de muerte en sí misma. Pero cuando se complica por fiebre alta que no cede, la ven cómo un problema grave. En alguna de las conversaciones con mujeres de la comunidad —que no pertenecían a la muestra de madres—, recuerdo una mujer que comentó *‘así resfriado con fiebre no se puede pues no más dejar’* (NO), refiriéndose a la necesidad de actuar frente a la fiebre en una “gripe” ya teniendo presente que este padecimiento puede transformarse en uno más grave —como es el caso de la “neumonía-pulmonía” —.

Cuando las madres hablan de los “males respiratorios”, consideran que la principal causa es el cambio brusco de temperatura, al estar la comunidad ubicada en la parte alta de los Andes —con clima principalmente frío—, así que más que una de las causas sea un cambio de clima, este grupo de padecimientos tiene que ver con la temperatura entre las que oscila el cuerpo. El cambio brusco en la temperatura —a la que es expuesto el cuerpo o una parte específica del mismo—, sería la principal causa de este grupo de padecimientos, utilizando muchas de las madres la expresión de *“le ha dado el frío”*.

La “gripe” o “resfriado” se debe generalmente a cuando, al estar abrigado, se expone sin precaución a un acontecimiento frío.

“Ehh nosotros tenemos que cuidar al hijo, al niño, (ya) es muy delicado ellos, que andan en frío y calor de ahí vuelta se andan enfermando, eso también tenemos que cuidar más.” (Blanca_B_29)

“Nosotros toca cuidar ahora mismo para que no coja gripe, toca abrigar bien a veces cuando vienen, cuando pasan todo el día en lluvia hay tarde, yo sé hacer aguas calientes para que ellos tomen aguas calientes (...)” (Asiri_B_30)

En una de las visitas de observación, una de las madres se encontraba lavando la ropa cuando apareció su hijo de 4 años descalzo. El niño intentaba jugar con agua y su madre varias veces repitió “*Marco ándate, no juegues con el agua te vas a resfriar*” (MUJ 4). O en la noche, es usual que las madres les pidan a los niños que se abriguen y/o les prevengan de salir para que no se resfríen. También elevan las precauciones cuando ya están resfriados, “*cuando está con gripe no damos helados, ni frescos —agua o jugos fríos—.*” (Nuna_B_24)

“Así chompa [chaqueta gruesa], poncho así decían, el aire nos da, a las siete ya no hay que salir hace frío, (...) o los niños para que no de gripe.” (Mayen_B_27)

También se cree que un factor de riesgo es la edad, ya que se asocia a los niños cómo los más susceptibles al padecimiento de la “gripe” o “resfriado”. Pese a los cuidados que la madre puede tener, es común que los niños/as se terminen “resfriando”. Una mujer de la comuna, mientras estaba limpiando *chochos* [altramuces] comentó ‘*ellos se resfrían no más, no siempre se puede estar, atrás, atrás de ellos*’. Las madres reconocen cómo una causa de la “gripe” el contagio, en un diálogo que se dio con mujeres en la cocina comunitaria una de ellas comentó: ‘*en la escuela los niños cogen no más gripe por eso hay que cuidar*’, a lo que otras agregaron a esto, que es más fácil que el niño se enferme si estuvo expuesto al frío.

En cuanto a los criterios preventivos —que aplican las madres—, reconocen cómo parte importante el evitar los cambios bruscos de temperatura, por eso entre sus principales acciones está: el *abrigar; evitar que el niño tenga contacto con el agua, objetos y superficies frías; y*

también se evitan los alimentos fríos. En los meses de octubre a febrero, estas precauciones aumentan ya que son los meses de mayor frío.

Pero sí existe un método de precaución diferencial para la “gripe” o “resfriado” y que las madres apenas contemplaban en el caso de la “tos” o de la “neumonía-pulmonía” —los otros dos padecimientos de los “males respiratorios” que comparten causas y medidas preventivas con la “gripe”—. Este es el caso de las vacunas. En las entrevistas —cómo respuesta a una pregunta directa—, pocas madres hicieron una referencia específica a la vacunación como forma de precaución ante la “neumonía-pulmonía”. Mientras que cuando participaron de las campañas de vacunación en la comunidad, varias manifestaron *‘yo le pongo la vacuna para que no se enferme grave ahora con este frío’, ‘a veces uno no sabe, mejor cuidar antes’*. La aplicación de esta forma de precaución está asociada con la posible muerte por este padecimiento, infundido por el personal de salud —TAPS y enfermeros cuando realizan las campañas de vacunación—. Dentro de los padecimientos respiratorios la “neumonía-pulmonía” es la que más preocupa a las madres.

(...) siempre hemos hecho control y vacuna, eso sí sabemos hacer. De repente, por algún tipo de enfermedad, puede que llegue el menos pensado entonces, porque estos años es difícil [situación que trajo la pandemia por COVID-19] para estar en casa, no más (...). (Asiri_B_30)

“(...) para eso si vacunamos, saben hacer tener miedo de que vaya a morir, mejor vacunamos”. (Maywa_B_38)

“Ahorita con esta enfermedad [COVID-19] no salir mucho a la ciudad, (...) y abrigamos así cuando esta mucho frío”. (Litza_B_22)

“(…) sí a nosotros según los TAPS saben decir los primeros vacunas de antes de 28 días, es para que el niño tenga fuerza, para que no esté mal, a veces saben atorar [tos], desmayar eso es para que no pase, niños para neumonía, entonces de repente cuando venga algún tipo de enfermedad para que nos ayude con eso la vacuna, entonces eso sabemos cumplir hasta niños que tenga cinco años. (…).” (Asiri_B_30)

La “tos” tampoco se deduce como una enfermedad grave en sí misma, aunque de complicarse puede llegar a provocar la muerte. Desde los saberes de la madre tanto la “gripe” como la “tos” al complicarse pueden convertirse en el padecimiento de “neumonía-pulmonía”, que si no es tratada a tiempo puede provocar la muerte, por lo que en este caso necesariamente se debe acudir al médico alopático.

“Si baja no más [la temperatura], cuando está ya está mucho, mucho, ahí si toca ir a centro de salud, si (...). Claro, ya cuando ya no pasa [no se cura o mejora]. Cuando ya está muy alta [la temperatura], ya de ley tocaría ir al centro de salud de temperatura” (Litza_B_22)

“Cada que llame a veces cuando, cuando sea cuando el siente mal él bebe o cuando tiene algo ahí van...cuando de tos, cuan así no duerme está mal, molesta” (...) (Laura_B_21)

Si, está muy lejos pues como vamos a ir enseguidita, no podemos ir. Casi dos días cuando no sana mismo, voy al centro de salud, vuelta cuando así cuando pasan dos días a veces sabe sanar y ya va a ser sano que puede caminar ya tranquilizar ya no vamos (...). (Maura_B_28)

En este sentido el padecimiento de inicio y no grave podría ser la “tos” y si ésta se complica entonces pasa a ser el padecimiento de la “pulmonía”, es decir pasa a otro de mayor gravedad. Según las mujeres, el padecimiento de la “gripe” o la “tos” se agrava porque no se han considerado cuidados preventivos cómo evitar el frío.

Aquí no cuidan entonces con frío se enferman más, así se ponen más grave con fiebre, no pasa ya con nada. (...) a veces sí podemos y de repente podemos, que por descuido no curamos, (...) dejamos a un niño puede confiar hasta neumonía, ahí si ya, si es que ya está, ya ha ganado neumonía toca ir al hospital (...) hay sabemos ir a hospital sino coge enfermedades graves así aquí nomás curamos. (Asiri_B_30)

“No, con boca no avanzaba a comer nada (...). Sí con fiebre. Así salió bolitas en toda la boca y fiebre estaba después dio jarabe y dos días ya estaba bien.” (Mayen_B_27)

La temperatura corporal alta es de los síntomas más preocupantes y se resignifica como un indicador de gravedad, sobre todo en los “males respiratorios” o “males del pulmón” —y como vimos anteriormente en lo “males de barriga”—. La persistencia de la fiebre pese a los remedios caseros o de medicina tradicional indígena, son indicador de gravedad.

En el padecimiento de “gripe” o “resfriado” la atención y cuidado que se administra se basa en los síntomas que se presentan. Durante el cuidado materno hay una combinación de fármacos de patente y remedios caseros. Ante la presencia de síntomas leves —como mocos y estado de ánimo decaído—, se opta por remedios caseros, basados en aguas de plantas propias de la zona —como el tifo—. Sin embargo, la fiebre es un signo de agravamiento de la “gripe” o “resfriado” y el cuidado inmediato consiste en tratamientos populares cómo aplicar telas

blancas⁴¹ de agua templada en “las partes calientes” del cuerpo. En este sentido, las madres ponen en práctica sus saberes sobre la polaridad frío-calor. También se evidenció, que, en los casos de fiebre, la automedicación con fármacos de patente también es aplicada por las madres. La forma de-administración del tratamiento farmacológico —que consiste principalmente en antipiréticos—, parte de las experiencias anteriores —de las madres— en que requirieron de la consulta al médico. En cuanto a las prácticas populares, las madres han adquirido conocimientos y prácticas a partir de otras experiencias dentro del grupo familiar o de redes sociales.

“(…) nosotros mismo hacer remedios así por gripe, agüita de borraja se toma cuando está con gripe, pero también se toma antes de que, de gripe, ya cuando hace frío.”
(Anahí_B_25)

“Agüita de tifo o agüita de manzanilla usamos para gripe.” (Amelia_Q_42)

(…) así gripe. Después le dio agüita de borraja y de tilo y (inaudible) amarilla yo ya. Si, borraja con flor de, de tilo, tilo amarillo, eso es bueno (...). Fiebre si sabe dar, si, después sacó con agua tibia y hay les paso el trapo (risas), sí cuando no hace pasar. Sino de que aquí mismo saco agüita de, aquí hay una planta que sabemos sacar con loto así sabe pasar nomas. (Mayen_B_27)

Las madres luego de usar los remedios caseros, al observar que los síntomas no desaparecen, sino que al contrario aparecen otros o se agrava, optan por otras formas de

⁴¹ No encontramos explicación clara de porque siempre usan trapo blanco, pero entendemos que se debe a que es un color que ayuda a enfriar el cuerpo al contrario de otros que dan calor, por tanto, los colores tendrían propiedades igual que las plantas.

tratamiento. Éste es el caso de la fiebre que no cede, donde la otra opción de tratamiento serán los fármacos. La medicación farmacológica que se administra es primordialmente aquella con la que cuentan de forma inmediata —o sea, que tienen en casa— y son restos de anteriores tratamientos que pudieron ser prescritos por el médico alopático. Por otro lado, las madres también pueden acceder a medicación antigripal de venta libre —tanto en la tienda o farmacia de la comunidad o localidades vecinas—. Esta medicación es administrada ante síntomas de “resfriado” que les inhabiliten a realizar las actividades de la vida diaria. Dentro de las acciones de cuidado —también como en la “diarrea” aplican—, medidas preventivas para evitar la complicación, considerando la relación frío-calor, evitando y protegiendo del frío, y consumiendo aguas de hierbas calientes cuando empieza el frío.

Cuando dio fiebre, ahí le puse jarabe y enseguida sano (...) paracetamol, en subcentro [centro de salud] dan, sí a veces tengo, ahora si no tengo, antes si tenía, ahora como no vamos a tener [yo ante esta respuesta le pregunto, ¿de lo que sobra?] sí, eso sé usar cuando da gripe (...) [refiriéndose ella a que utilizaba restos de fármacos que tenía en casa]. (Anahí_B_25)

“Gripe sí, compro lemonflu® [es un fármaco antigripal]. Sí, sí compro a veces tengo comprado ahorita no tengo. Cuando cogí gripe, sí a veces a pasar.” ((Mayen_B_27)

Para algunas madres, desde su sistema de representaciones, cuando el niño es lactante y está afectado por un “resfrío”, puede curarse al niño a través de la leche materna, cuando ella ingiere también el remedio casero. Aquí se ejerce una automedicación directa sobre ella e indirecta sobre el niño. En la etapa de lactancia la automedicación es solo con “medicina

natural”⁴². En estos casos descritos, también aparece la relación frío-calor a la par del uso de prácticas populares como las vaporizaciones de aguas de plantas —existen plantas que tienen propiedades de frío o calor y de acuerdo con esta propiedad pueden ser usadas para determinados padecimientos—. Pueden usar también las aguas de plantas para colocarlas en el cuerpo con un trapo blanco para enfriar el cuerpo.

Sí con, sí recién le dio. Ahí creo que cogió gripe, solo le hice apestar [(inhalaciones/vaporizaciones)] el tifo [frío-caliente] nomás (...). Sí, con eso le paso. Y después ya calmó no más. Es que yo tomé mucho para que pase leche. Sólo tifo, eh, con limón y con naranja. Agua dulce, tomé. Yo también estuve enferma. Sabemos hacer un poquito [se refiere a aplicar remedios de la MT]. Sabemos hacer hervir un poquito agua, y después poniendo en un trapo blanco (balbucea un bebe) frío, tila blanco, no tan frío y ponemos en pecho y atrás [medio físicos para controlar la fiebre]. (Litza_B_22)

El tratamiento, al igual que en la “diarrea”, está provisto también por miembros del equipo de salud. Las mujeres acceden a la biomedicina y a los fármacos por medio de los TAPS —que como ya se mencionado, también son personas de la propia comunidad indígena—, lo que implica también disponibilidad de fármacos⁴³. Por lo que en este caso coincidimos con Pontes (2018), con respecto a que ellos aplican formas de diagnóstico y tratamiento similares a los procesos de autoatención de las madres. En esta comunidad, al tener vínculos familiares y de parentesco, varias madres consultan a los TAPS, ya que a ellos pueden

⁴² Durante el trabajo de campo no se recogieron narraciones sobre automedicación con fármacos de patente en esta etapa —durante la lactancia—.

⁴³ Los TAPS no son especialistas o curadores profesionales de la atención biomédica, sino un personal técnico (acreditado por el MSP) que no tienen entre sus competencias prescribir fármacos, pero pueden gestionarlos para la madre a través del médico del centro de salud.

acceder de forma más rápida a los fármacos. En el caso de Litza, el TAPS consultado pertenecía a su grupo familiar, por tanto, en su conjunto corresponde a una autoatención familiar.

No es que es solo los paracetamol, los jarabes se mandan eh, se pasa del mes y no se hace tomar. Cuando ya está enfermo, ya, este, se avisar a mi hermano (TAPS)], él ya sabía cómo hacer; si al centro de salud y a veces él sabe traer. Conversando y a veces él tiene en casa de él, ya así comprando, a veces avisan que cuando se enferma que avise. (Litza_B_22)

La atención biomédica puede ser la última opción, en ocasiones, en la trayectoria de atención. Principalmente, por la distancia —de donde residen con respecto a los centros de atención sanitarios— optan por la medicación o remedios que tienen más próximos o que han demostrado efectividad. Efectividad que para las madres es evidente en la desaparición de los síntomas.

En primera instancia, se espera sanar el resfriado sin fármacos y sin remedios caseros. Luego se opta por la automedicación, basada primero en la medicina natural o remedios caseros, como segunda opción la automedicación —con fármacos de patente— y finalmente se opta por asistir al centro de salud u hospital. Si pueden retomar sus actividades de la vida diaria —lo que, en el sistema de racionalidades de las madres, es curarse—, entonces, no aplican el tratamiento siguiente.

Por mi parte nada, así nomás, así pasar nomás. Nada, así sabe hacer pasar nomás. Más después, si algunos remedios si un poco tomamos [se refiere a remedios caseros], y lo que sobre [se refiere a fármacos de patente], que han dado, no acuerdo, pero así para dolor, para fiebre. (...). Si, está muy lejos pues como vamos a ir enseguidita, no podemos ir [refiriéndose a acudir a un centro de salud]. Casi dos días cuando no sana

mismo, voy al centro de salud, vuelta cuando así cuando pasan dos días a veces sabe sanar y ya va a ser sano, que puede caminar [se refiere a que puede retomar sus actividades de la vida diaria], ya tranquilizar, ya no vamos. (Maura_B_28)

Mmmm para gripe, un poco de así manzanilla sino agua de tifo hacemos agua hervida y hay le damos de tomar con manzanilla. Cuando estuve en estudio, hay se enfermó, le dio calenturas, así poco a poco y le fui a Hospital, hay le dio medicamentos así. A veces ellos los que saben [se refiere a las personas que transmiten el conocimiento que pueden ser curadores o terapeutas de la MTI, o familia o vecinos], están por ahí y enseñan aquí vuelta igual juntamos remedio [se refiere a que reúnen/recolectan las plantas para elaborar los remedios] y así hacemos. (Laura_B_21)

En cuanto al padecimiento de la “gripe”, se presentaron seis casos y la trayectoria de atención se construyó a través de dos recursos de atención (véase Tabla 13): la autoatención materna y la medicina occidental. Destaca el caso de Maura (Maura_B_28) que en la primera fase de la enfermedad decide no incorporar ningún recurso de atención, sin embargo, esta decisión sí corresponde a una autoatención. Al igual que en otros padecimientos, son determinantes las decisiones sobre el cuidado materno basadas en los cambios o alteraciones específicos del padecimiento. Cuando la madre detecta síntomas de peligro, por lo general acude a la medicina occidental, ya sea a través de la automedicación o de la asistencia al centro de salud.

Los cuidados maternos, como primera opción, consisten en remedios caseros, principalmente aguas de plantas como el: tifo; manzanilla; borraja; tilo amarillo, que lo consideran con propiedades calientes; loto; tila blanco que consideran con propiedades frías. Además, a diferencia de los “males del estómago”, aquí incluyen algunas prácticas o

tratamientos populares más avanzados como son las vaporizaciones y también se incluyen medios físicos para remediar la fiebre.

En los cuidados maternos de este padecimiento, la relación frío-calor parece ser un elemento transversal —aunque algunos aspectos de esta relación no fueron del todo aclarados por las madres—. En el caso de Amelia (Amelia_Q_42) los remedios caseros fueron la primera y única opción terapéutica. La segunda opción, en cuatro de los casos, es la automedicación con fármacos, a los que acceden a través del TAPS o por que guardan restos de anteriores tratamientos.

En la mayoría de los casos no hay tercera opción terapéutica, a excepción de el caso de Maura (Maura_B_28) que fue la asistencia a un hospital público local. Y en el segundo caso Laura (Laura_B_21) fue la segunda opción terapéutica, luego de los remedios caseros. Por tanto, a medida que el padecimiento se extiende y aparecen los síntomas de gravedad aumenta el uso de la medicina occidental, desaparece la automedicación y disminuye la autoatención y cuidados maternos —pero no desaparece, se mantiene el uso de aguas como cuidados transversales—.

Tabla 13. Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en la “gripe” o “resfriado”

	Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención		
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Caso 1	(Anahí_B_25)	Anahí	Remedios caseros	Automedicación: Fármacos	
Caso 2	(Amelia_Q_42)	Amelia	Remedios caseros		
Caso 3	(Mayen_B_27)	Mayen	Remedios caseros Tratamientos populares	Automedicación: Fármacos (Tendero)	
Caso 4	(Litza_B_22)	Litza	Remedios caseros /Tratamientos populares	Automedicación: Fármacos (TAPS)	
Caso 5	(Maura_B_28)	Maura	Ninguna	Automedicación: Fármacos	Hospital público vecinal
Caso 6	(Laura_B_21)	Laura	Remedios caseros	Hospital público vecinal	

Fuente: Elaboración propia.

“Tos”

La “tos” como segundo padecimiento —de la agrupación de “males respiratorios”—, al igual que en otros padecimientos, también puede ser un síntoma que se presenta en la “gripe” o en la “neumonía-pulmonía”. La “tos”, suele ir acompañada de forma secundaria por: fiebre; dolor de garganta; y dolor de huesos. Durante la observación participante, las madres distinguieron dos tipos de “tos”: “tos” con flema o sin flema. Adicionalmente la “tos” con flema podía presentarse con mucosidad transparente o de color amarillo verdoso. Cuando la “tos” se acompañaba de flema amarilla o verdosa, junto a dolor de garganta, las madres consideraban que la “tos” era más grave.

“Claro aquí en el campo viene algo de enfermedad tos (...) con fiebre sí (...), no mucho. Así mismo dolor de los huesos así mismo viene tos, fiebre así, así por frío. Así, así mismo, ambos.” (Maura_B_28)

“(…) sino que coja el cuello así pulmones para que mejore la respiración, eso no sabía yo nosotros sabemos hacer ya viendo aquí que planta mismo merece para este tipo de enfermedades, para eso sabemos hacer.” (Asiri_B_30)

La “tos” es un padecimiento que puede complicarse y las madres basan su criterio de gravedad de acuerdo con el tipo de “tos” —siendo la “tos” sin flema la menos grave—.

En cuanto al tratamiento, las madres en el caso de la “tos” sin flema —la menos grave—, aplican remedios y cuidados de medicina tradicional o popular. Y en el caso de la “tos” con flema, hacen una combinación de tratamientos de medicina tradicional y medicina occidental.

En cuanto a la “tos”, las madres no hacen distinción del tratamiento con respecto a la “gripe”. Esta falta de distinción se debe, principalmente, a que la “tos” puede ser también un síntoma de la “gripe” o “resfriado”, lo que finalmente puede llevar a confusión, ya que, durante el trabajo de campo, solo se registró un caso para esta carrera curativa (véase Tabla 14). Sin embargo, el tratamiento en este padecimiento se basa en la correlación frío-calor, donde los cuidados y atención se basan en el consumo de líquidos calientes —infusiones de hierbas y sopas calientes—. Como medidas preventivas, el proteger del frío para evitar que la “tos” se complique con el objetivo de que “*bote la flema*” [expulsar la mucosidad].

En el caso de Litzia (MUJ 7 Litza_B_22), su hijo de 5 años presentaba episodios de “tos” esporádica, por lo que “*ahí yo hago apestar* [hacer inhalaciones/vaporizaciones] *el tifo o el eucalipto*”. Para ella, su hijo tenía “gripe” y “tos” pero a los tres días no mejoró y, pese a que no presentó fiebre, ella decidió consultar a su hermano —que era TAPS—. El hermano luego de determinar que era “resfriado” con “tos”, le proporcionó paracetamol en jarabe para que se tomara cada seis horas. Litzia, junto al jarabe mantuvo los remedios caseros, pero dejó de aplicar las inhalaciones/vaporizaciones.

Tabla 14. *Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en la “tos”*

Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención		
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Caso 1	(Litza_B_22)	Litzia	Remedios caseros /Tratamientos populares	Automedicación: Remedios caseros y Fármacos (TAPS)

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de Litzia puede decirse que pese a que en el sistema de representaciones de la madre —para determinar el padecimiento—, aparecen la “gripe” y la “tos” como más diferenciadas, en la práctica de la trayectoria de atención esta diferenciación se da de forma más confusa. Pese a esto, está claro que la primera opción de cuidado sigue siendo los remedios caseros y ante la persistencia de los síntomas —como es este caso, se opta por la automedicación con fármacos de patente —con el paracetamol como elección por su fácil acceso—. También se refleja nuevamente el rol de la autoatención familiar a través del TAPS, quien diagnostica y provee la medicación ejerciendo su función de enlace entre la biomedicina y los saberes populares.

“Infección de los pulmones” o “Neumonía-pulmonía”

El último padecimiento, del grupo “males respiratorios”, es la “infección de los pulmones” o “neumonía-pulmonía”. Éste, como también refieren algunas madres, puede ser un padecimiento producto de una complicación de la “tos” o de la “gripe”. Con la observación participante pudimos evidenciar que no es común este padecimiento, que las madres hacen todo lo posible para evitarlo. Para ello, cuando los niños/as tienen “gripe” o “tos”, aplican una serie de cuidados que incluyen desde la medicina tradicional hasta la automedicación y si no sede

acuden al médico alopático. El acudir a un centro de salud, principalmente se da, porque les preocupa que como consecuencia de los padecimientos —“tos” y “gripe” — deban internar en el hospital a sus hijos/as. Durante el trabajo de campo, no encontramos casos de “pulmonía”, pero las madres comentaron que sí conocían algún familiar que debió ser internado, y algunas afirmaban que la “neumonía-pulmonía” en los niños/as es más grave y que pueden morir. El determinar, que los niños/as pueden morir, nacía principalmente de los conocimientos adquiridos desde la educación médica, y como forma de inducir a la vacunación. A partir de las observaciones, creemos que este padecimiento es menos frecuente gracias las campañas de vacunación masiva para el *neumococo* en las comunidades. A partir de los saberes maternos, en la “neumonía-pulmonía” se identificaron en los niños/as —utilizamos algunas aproximaciones de frases que expresaban las madres—, siendo el menos grave el enrojecimiento o presencia de pus en la garganta y como graves: *el ‘niño no puede respirar bien’; ‘parece que se ahoga’; ‘fiebre que no pasa’; ‘no puede para tragar’; ‘no puede hablar’; ‘no puede comer’; ‘vomita lo que come’; ‘está decaído’; etc.*

“Aquí no cuidan entonces con frío se enferman más, así se ponen más grave con fiebre no pasa ya con nada, así saben decir, como dicen, mmm, neumonía o de repente el pulmón.” (Asiri_B_30)

En el caso de la “neumonía-pulmonía” ninguna madre reportó que la tratara con medicina tradicional o popular, en estos casos acuden de forma inmediata al hospital, ya que entienden que es un padecimiento grave.

Como ya se ha ido mencionando a lo largo del apartado de “males respiratorios”, la “neumonía-pulmonía” es un padecimiento que puede devenir de un padecimiento previo como puede ser la “gripe” o “resfriado” y la “tos”, siendo éste una complicación de los dos primeros.

Pero como se acaba de mencionar, en la “neumonía-pulmonía” el tratamiento nunca es con medicina tradicional o a través de cuidados lego, sino con medicina occidental. La respuesta de las madres a este padecimiento está claramente influenciada por el temor infundido desde el modelo médico hegemónico que les advierte de los signos y síntomas de gravedad, haciendo énfasis en la posibilidad de muerte del niño sino acuden a la atención.

Las madres, también por el hecho de que la persona no pueda comer hace que identifiquen como más grave este padecimiento. Existe un dicho en la comunidad que algunas mujeres, decían: “*enfermo que come no muere’ saben decir, mi mamá también sabe decir*” (Asiri_B_30). Por tanto, desde esta racionalidad, si la persona —como consecuencia del padecimiento— deja de comer entonces, morirá, por tanto, requiere de mayor cuidado y atención de la madre.

La “neumonía-pulmonía” es de especial preocupación, por parte de las madres, si afecta a los niños/as sobre todo menores de cinco años, por considerarlos más débiles [vulnerables]. Este también es un condicionante para que la madre acuda de forma casi inmediata al hospital. En este caso se descarta al centro de salud de atención primaria, y se opta por el hospital. Algo que evidenciamos desde el sistema de racionalidades materno, es que los “males respiratorios” tienen mayor capacidad de contagio ya que saben que si uno de los niños se enferma los otros también pueden enfermar “*yo siempre les cuido, pero ya cuando uno se enferma en la escuela los otros también van enfermado*”, por eso consideran a este grupo de padecimientos como más contagiosos, “*es más contagiosa*” que los otros padecimientos (Nuna_B_24).

A partir de cómo las madres viven y narran el padecimiento de “neumonía-pulmonía”, éstas describen una trayectoria curativa inespecífica, debido a que desde su sistema de representaciones la “tos” y la “gripe” corresponderían a la fase inicial de este padecimiento. Por ello el tratamiento en la “gripe” y la “tos” son importantes, tanto para resolver estos

padecimientos, como para evitar —a través de acciones de cuidado curativas y preventivas—, que éstos devengan en un padecimiento más grave como es la “neumonía-pulmonía”.

Según la información proporcionada por el coordinador de un centro de salud de atención primaria la morbilidad registrada en el centro de salud rondó los ocho casos de bronconeumonía en el año 2020. La mayoría de estos casos fueron tratados a tiempo, todos ellos merecieron hospitalización y no hubo fallecimientos. Sin embargo, *en otros años sí se presentaron, especialmente de niños menores de 5 años.*

En este padecimiento, al no evidenciarse casos en primera persona, se describirán dos casos que a partir de lo que relatan dos madres sobre cómo se dio la “neumonía-pulmonía” en dos familiares (véase Tabla 15). De esta forma, se pudo recoger la trayectoria de atención del padecimiento, que genera miedo, debido al temor infundido por el personal sanitario o por experiencias de terceros.

Durante el trabajo de campo, creemos que la ausencia de casos se debió al reconocimiento de los síntomas de gravedad que están presentes en los saberes maternos. Estos conocimientos, las mujeres, los han adquirido a partir de la educación sanitaria recibida desde el centro de salud, llevando a que las madres opten por asistir casi de inmediato a la atención biomédica ya sea privada o en el centro de atención pública.

Los casos, que se presentan, sucedieron con anterioridad al trabajo de campo y son unas narraciones valiosas para comprender las formas de utilización de los recursos y como se identifican, se estima la gravedad y se ejecutan los cuidados y tratamientos.

Roció narró el caso de su sobrina de 5 años, en este caso, la trayectoria de atención se inició con cuidados en la casa con remedios caseros.

“(…) al principio así dejamos que pase solito, no preocupamos, dábamos aguas a veces cuando daba fiebre no más poníamos hojitas de col en la barriga.” (Rocio_B_23)

Luego aprovechando que vivían cerca del Yachak, decidieron consultarle, pero —al estar el padecimiento avanzando— no cedió con el tratamiento y a las pocas horas debieron acudir al hospital vecinal, por su proximidad. Luego, el cuadro se complicó más y fue enviada al hospital de especialidad en la capital de provincia.

Mi marido con moto así a veces ayuda, la moto, pero cuando algo se necesita, pedimos a un señor de XXX [dato anonimizado] que haga el favor de llevar en la camioneta. Así el otro día, bien de noche llama mi mamá, dice así que mi sobrina que ya no vive aquí, antes ellas vivían arriba, arriba, ahí no se puede ir, solo a pie o con la moto, pero no sube todo, que estaba así bien decaída y no reconocía, pero antes mismo había estado con tos, así bien fuerte. Pero si tratamos de curar y ella ya no tomaba nada, así también fuimos donde Don E. [dato anonimizado del Terapeuta de medicina tradicional certificado] el mando unas aguas y pasó unas plantas, pero no se compuso. Ese mismo día que llevamos en la camioneta ya estuve bien mal. Ahí mi mamá bajó y llevamos a hospital pidiendo de favor que lleven, a XXX [dato anonimizado: hospital] fuimos llevando. (...) [ya en el hospital] acuerdo le pusieron enseguida suero, luego ya ni vimos más. Más después, después, llamarón y dijeron no sé, así como neumonía creo que dijeron no entendimos, ahí dijo que le habían puesto pues oxígeno, ah, ah. Ahí mismo ya dijimos que está mal. Ellos dijeron toca llevar a XXX [dato anonimizado: otro hospital de mayor nivel de atención], pero nosotros no creímos no ha de ser tan grave, pero sí ha sido. La ambulancia vino y llevaron de madrugada mismo llevaron no fui, mi mamá no más. Ya más después yo fui en bus a XXX [dato anonimizado del municipio del hospital] ahí habían dicho a mi mamá que estaba grave. Ahí pasamos como 15 días a veces se quedaba mi mamá, luego yo, ahí mismo ya vino mi hermana. Ahí mi hermana dijo que ya había estado tomado ese, como dicen [bacteria] sí eso dijeron, que estaba en el pulmón, habían puesto medicamentos bien fuertes, nosotros

ya pensamos que no salía, le veíamos con oxígeno, no despertaba. Pero luego así dos semanas ya despertó, con oxígeno si dejaron, ya luego fuimos cuando dijeron que le llevemos. Pero ahora no ha quedado de todo bien, se ahoga a veces parece que no respira, a veces no hay que hacer llorar mucho o enojar así dice. (Rocio_B_23)

En el caso que narró Roció se hacen más evidentes los factores sociales involucrados en la trayectoria de atención cómo: vivir en zonas alejadas; las dificultades de acceso al servicio de atención; las dificultades de transporte; la edad de familiares como la abuela; y el poco conocimiento sobre los síntomas de gravedad, que contribuyeron a la complicación del padecimiento. En este caso, en la primera instancia no se incluyó la automedicación con fármacos sino prácticas de autocuidado con remedios caseros. La segunda instancia fue el médico tradicional y luego ante la presencia de síntomas graves se acude directamente a centro de atención de segundo nivel —Hospital de XXX [dato anonimizado: de hospital]—. A partir del diagnóstico en este hospital, se decide traslado a un hospital de mayor nivel asistencial. Con la descripción de este caso, se ha podido mostrar la serie de recursos que se movilizan para acceder a la atención biomédica.

Por otro lado, dentro de los síntomas relacionados con este padecimiento está la dificultad para comer y representa un signo de gravedad. Aspecto al que hacen referencia madres de la comunidad cuando señala con una frase “*enfermo que come no muere*” *saben decir, mi mamá también sabe decir*” (Asiri_B_30). Otro signo de gravedad es la fiebre que no cede pese a los cuidados. Las madres relacionan los síntomas de amigdalitis, con los síntomas primarios de una infección pulmonar, estos factores hicieron que Nuna llevara a su hijo al centro de atención de salud local, aunque no recuerda los nombres de los medicamentos, si recuerda que uno era para la fiebre y otro para el dolor. Finalmente ella decide suspender el tratamiento alopático prescrito, basada en sus representaciones de que el dolor representa la enfermedad, si este ya no se presenta no amerita continuar dando medicación. En este caso no

estamos seguros si la descripción del uso de los dos medicamentos era precisa o si alguno de ellos era antibiótico por lo que su suspensión pudiera producir efectos iatrogénicos o de resistencia.

(...) no, yo creo que fue infección, con boca no avanzaba a comer nada. Sí con fiebre. Así salió bolitas blancas aquí (...) [señala garganta] y fiebre estaba después dio jarabe y dos días ya estaba bien. Si, medicamento, jarabe, dos jarabes que dieron en subcentro para fiebre, para que no esté con dolor (...). Sí, sí, sí, pero medicación no, no tomé (balbucea un bebe) todito porque ya enseguida recupera. Ya no dolía nada mismo, por eso llevamos vaya a ser infección luego pulmones. (Mayen_B_27)

Tabla 15. Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en la “neumonía-pulmonía”

Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención			
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	
Caso 1	(Rocio_B_23)	Roció	Remedios caseros	Terapeuta de medicina tradicional (Yachack certificado/a)	Hospital público vecinal (Hospital de Zumbahua)
Caso 2	(Mayen_B_27)	Mayen	Remedios caseros	Centro de salud local (Centro de Salud de Chugchilán)	

Fuente: Elaboración propia.

En la trayectoria de atención de este padecimiento, la autoatención corresponde al uso primario de los remedios caseros y aunque como primera instancia no surten efecto —debido también al desconocimiento de los síntomas de riesgo por parte de algunas madres—, son en los dos casos descritos, la primera opción. Mientras que la segunda opción terapéutica se difiere en los dos casos. En el primer caso, luego de los remedios caseros se acude a la medicina

tradicional indígena —debido principalmente a su proximidad— y su tercera opción terapéutica es la medicina occidental con la asistencia al hospital. En el segundo caso, la segunda y última opción es la medicina occidental a través del centro de salud.

En base a la observación en el centro de salud de atención primaria, pudimos confirmar que sí se presentan casos complicados de afecciones respiratorias. Sin embargo, su frecuencia es relativamente baja, que puede ser debida a las acciones y decisiones de las madres a raíz del temor al padecimiento están causando esta manifestación. Estas decisiones maternas se basan, en algunos casos, en el reconocimiento de los síntomas de gravedad y en que las madres a prefieren acudir al centro de salud con la esperanza de que allí los curen y evitar el agravamiento o muerte. Pero también, en otros casos, es debido a que quieren evitar tener que ir al hospital que está distante y si es muy grave tener que ir a otro aún más alejado⁴⁴. Estos desplazamientos implican otros aspectos sociales añadidos a la vivencia del padecimiento, como son: el gasto en transporte —a mayor distancia mayor coste—; el tiempo por las horas que lleva ir y volver; y el abandono de familia, especialmente de los otros hijos/as; el coste de tener que pasar días o semanas en un lugar ajeno a su hogar; y relacionado con lo anterior, el tener que delegar los cuidados de otros hijos/as a otros familiares. Sobre este último aspecto —cuando el cuidado de otros hijos/as no lo puede ejercer la madre—, las mujeres tienen la vivencia del abandono de su rol como “mujer” y “madre”, un rol que asumen como fundamental en esta comunidad indígena. Pero, además, se da otra situación, y es que a veces las madres y el entorno familiar no entiende las implicaciones de este padecimiento y porque deben ser transferidos a un hospital y no tratados en el centro de salud.

Con respecto a los 3 padecimientos agrupados en “males respiratorios”, al igual que en los “males del estómago”, la atención y cuidados se va reformulando, según se presentan los

⁴⁴ Considerando que la distancia promedio en bus desde la comunidad es de una hora con treinta minutos y hasta el hospital provincial inclusive de tres horas. Todo también dependiendo de las condiciones climáticas y de las carreteras que llevan a estos hospitales.

síntomas. Del total de los 9 casos, que describen estos padecimientos (véase Tabla 16), se evidencia que en los “males respiratorios” de acuerdo con la gravedad atribuida —y casi de forma exclusiva (8 casos)—, la primera opción terapéutica de la que se hace uso es la de los remedios caseros y tratamientos de medicina popular. Como segunda opción, que se opta, en la mayoría de los casos (5 de 9 casos), es la automedicación con fármacos —a diferencia de los padecimientos del estómago” aquí, se presentan más casos de automedicación—.

En el caso de las vacunas —entre ellas las del neumococo—, como medidas preventivas entre las madres para evitar estos padecimientos, se evidenció un grupo reducido que deciden no vacunarse. La tasa de vacunación en la comunidad es alta, seguramente baja existencia de “neumonías-pulmonías” responda a este hecho.

A partir de aquí también se rescata alguna de las medidas preventivas de las madres, entre estas el vacunarse contra el neumococo como medida para evitar este padecimiento, aunque un grupo reducido decide no vacunarse. La tasa de vacunación en la comunidad es alta, los medios cómo se consiguen este objetivo son discutibles. Sin embargo, se considera que este aspecto es determinante en la ausencia de casos. Por otro lado, como medida de prevención por parte de la madre está principalmente el proteger del frío una vez se presentan los síntomas. Se evidencia en la consulta del centro de salud que las madres llevaban a sus hijos con síntomas de algún padecimiento respiratorio, cubiertos hasta la cabeza con varias capas de ropa, aunque esto puede significar una molestia para el médico durante la valoración las madres prefieren protegerlos.

En cuanto a las estrategias maternas, se encuentra primero la autoatención. Particularmente se encontró un caso de “gripe” donde la madre decide no usar ningún tipo de tratamiento o de atención. Este tipo de decisiones se podría atribuir a que se considera a la “gripe” como uno de los padecimientos menos graves y que en muchos de los casos llega a

desaparecer sin tratamiento, o bien que sus síntomas no causan malestar o disminución de las funciones y roles familiares o sociales, permitiendo realizar las actividades de la vida diaria.

El otro recurso de atención es el TAPS y el médico alopático o la enfermera. El TAPS puede ser contactado con el objetivo de que provea de la medicación o para que establezca el tipo de padecimiento y en ocasiones los pasos a seguir en la atención. Además, aparece una nueva figura como recurso de atención que no aparece en los “males del estómago” y es el Yachak —Terapeuta medicina tradicional—. El objetivo en este caso es que valore, identifique la afección y provea del tratamiento —basado en plantas— para “mal respiratorio”.

En cuanto a los remedios caseros usados por las madres encontramos 7 y estos son: Tifo; manzanilla; borraja; tilo amarillo —es considerada una planta que tiene calor—; loto; tila blanco —es considerada una planta que proporciona frío—; eucalipto. Todas tienen como objetivo de curar la “gripe” y la “tos”. Aquí se pudo evidenciar que en estos padecimientos entran en juego sus saberes sobre frío-calor, ya que varias de las plantas usadas —en forma de infusiones o agüitas— son con el objeto de proporcionar frío o calor al cuerpo según el síntoma. Por otro lado, está el eucalipto que es usado para hacer inhalaciones y su objetivo es promover la eliminación de las secreciones o moco.

En el caso de la automedicación, el acceso a los fármacos es a través del TAPS, el tendero, el farmacéutico o restos de tratamientos farmacológicos anteriores —que las madres, a partir de experiencias anteriores, saben cómo administrarlo, o bien reciben indicaciones de los propios proveedores. Los fármacos usados por las madres son principalmente antipiréticos —como el paracetamol— y antigripales —como el Lemonflu®.

En 7 casos de los 9, el padecimiento desapareció entre la primera y segunda opción terapéutica y solo en dos casos se llega a la tercera opción que fue la hospitalización o el tratamiento con antibióticos prescrito por el médico en el centro de salud.

Finalmente, en los “males respiratorios” las madres hacen un uso simultaneo de los remedios caseros y los fármacos, consultando tanto al representante de la medicina tradicional como al de la medicina occidental.

Tabla 16. *Posición de los recursos utilizados y presentación de las instancias en los padecimientos “males respiratorios”*

	Nivel 1 en la trayectoria de atención	Nivel 2 en la trayectoria de atención	Nivel 3 en la trayectoria de atención	Total
RECURSO				
Automedicación: remedios caseros/ medicina popular	8			8
Automedicación: fármacos de patente	-	5		5
Médico (Consulta médica)	-	1	2	3
Terapeuta medicina tradicional	-	1		1
Técnico de atención Primaria	-	2		2
Tendero				
Autoatención: ningún tratamiento	1			1
Total	9			20

Fuente: Elaboración propia.

5.1.2.3. “Enfermedades propias”

En este apartado se aborda la tercera agrupación de padecimientos que son las “enfermedades propias” o “enfermedades del campo” —respondiendo a cómo la comunidad indígena los denomina—. Aquí se muestran las narrativas de las mujeres con respecto a la

identificación de las “enfermedades propias” —padecimientos culturales o SCD— desde su sistema de representaciones. En esta tercera agrupación, se presentan los padecimientos: el “*espanto*” o “*susto*”; “*el aire*”; “*el mal de ojo*”; y el “*empacho*”. Así como la variedad de saberes y prácticas terapéuticas que ponían en práctica las madres para otro tipo de padecimientos —que la biomedicina sí identifica—. En este sentido se muestra mostramos cómo identifican y clasifican el padecimiento las madres: origen; pronóstico o gravedad; y el itinerario terapéutico o proceso de atención —que son la sucesión de estrategias y acciones en busca de curación o alivio, que llevan a cabo las personas ante un padecimiento—(Osorio-Carranza, 2001).

Durante la investigación las mujeres mostraron resistencias a responder ante preguntas directas sobre estos padecimientos. En el trabajo de campo se pudo constatar que existían un importante número de familias indígenas evangelistas en la comunidad. Las mujeres mantienen conocimientos que han sido transmitidos por sus madres-padres o abuelos/as, sin embargo, se negaban a hablar de estas “enfermedades propias” o bien negaban su existencia. ellos o niegan su existencia.

Por mi parte, como de hablo de religión, soy evangélica. Sí, no soy católica, por eso ni yo casi no entiendo, para decir que como es espanto o mal aire no sé eso. Si, no existe para nosotros. Sí, sí, de escuchar sí, sí he escuchado, pero con ese dolor o algo de no sé saber. (Maura_B_28)

“No, no, no le decimos que es mal aire. Sí, dicen, pero mal aire, pero nosotros no, no creemos en eso.” (Maywa_B_38)

Así, las narrativas surgieron a partir de conversaciones sobre temas diversos, mientras acompañábamos a las mujeres en las actividades de sus vidas diarias y se conversaba sobre

temas diversos. A partir de sus narrativas, emergieron conocimientos sobre este tipo de padecimientos, que están en sus saberes más profundos, pero que no exponían de forma abierta. Se observó que algunas personas podrían reconocer alguno de estos padecimientos y negar otros, respondiendo esto a la racionalidad materna de cuan sobrenatural se presentan las causas del posible padecimiento.

Por otro lado, también, las mujeres tenían claro que, en estos padecimientos, el personal sanitario no interviene, manifestando algunas de ellas que *“ellos no creen no más”*. Por lo que a diferencia de lo que ocurre con las enfermedades sí diagnosticadas por la biomedicina, en las *“enfermedades propias”*, el acudir al centro de salud no sería una opción dentro de la trayectoria de atención.

El “espanto” o “susto”

El *“espanto”* o *“susto”* afecta principalmente a niños/as, pudiendo presentar un cuadro de irritabilidad, llanto sin explicación, llanto ante sonidos fuertes o eventos inesperados, mal dormir o no poder dormir. Suele ocasionarse después de un evento repentino o inesperado: una mala noticia; un accidente; una caída; un fuerte ruido-estruendo que interrumpe el estado de tranquilidad del niño/a, etc.

Se sabe asustar y llora. No sabe poder dormir bien (...) No se va cuando se sabe asustar mucho él, ya por mínima cosa ya se asusta. Es que cuando, a veces cuando estoy en carretera, ahí cuando así pasa moto ya se salta para, para arriba. Se asusta mucho, sí. (...) cuando estando, durmiendo así sabe despertar, sabe espantar ahí ya sí después ya ando no más cargando, marcando así [se refiere a sostener al niño] (...). (Litza_B_22)

Para determinar que la sintomatología es por “*espanto*” —ya que este padecimiento por sus síntomas podría confundirse con otra “enfermedad propia”—, las madres indagan sobre las causas, por ejemplo, si el niño se cayó y luego estuvo irritable se confirma “el espanto”. Prevenir “el *espanto*” no es fácil para las madres, ya que como se presenta a raíz de eventos imprevistos, es difícil prever cuando sucederá. De forma preventiva suelen estar pendiente de los más pequeños o que estén siempre con algún adulto, para evitar estos eventos.

“(…) cuidar así cuando se puede, sino a veces ya mismo no se puede ver pues, a veces ellos mismo jugando con los hermanos, pasa cualquier cosa, ahí no puede no más.”

(Nelli_B_42)

“*El espanto*” no suele presentar complicaciones y su tratamiento se basa en remedios caseros y tratamientos de la MT. En primera instancia, los padres/madres u otro miembro de la familia —como un/a abuelo/a— aplicará el tratamiento. Éste se basa técnicas tradicionales como poner en práctica lo mismo que causó el “*espanto*” —por ejemplo, volver a asustar al niño/a—, junto en algunos casos, con el uso de plantas medicinales.

Cuando mi marido le habló porque se portó mal y casi le pega, se quedó así [hace referencia al niño callado]. Así mismo en la escuela habían empujado, así cayó, así vino, (...) vino llorando y se había lastimó la cabeza, tenía un chibolo, se quedó espantado. Mi mamá le curó. (Nuna_B_24)

A veces las más pequeñas, se quedan con la abuela, y el otro día había estado jugando con el perro y el cómo que le ha querido morder y desde ahí se asustó. Le hicimos curar del espanto y ya estuvo bien. (Litza_B_22)

Cuando íbamos con el Pedro en la moto, de pronto así íbamos no más y caímos en la piedra, así finita, no en el monte, menos mal si alcance a coger [a su hija], pero luego no quería separar la María y estaba así molesta, llora y llora, (...) ahí fuimos hacer (...) donde mi papá y de ahí dijo (...) la guagua [niño/a] ha sido “espanto”, ahí mismo ha curado “espanto” donde mi papá, él sabe hacer así con unas hierbas, hace asustar otra vez. (Anahí_B_25)

“El otro día yo estaba en la cocina y él [su hijo], había estado atrás mío y casi le piso, le bote al suelo sin querer y enseguida se puso a llorar se quedó así resentido, llorando, llorando y le hicimos asustar otra vez y ya paso.” (Nelli_B_42)

Si “*el espanto*” no se resuelve, las madres acudirán a un curador/a tradicional, que aplicará un tratamiento más especializado. El Yachak realizará una “limpia” mediante un atado de plantas pasándolo por el cuerpo del niño/a mientras reza —oraciones católicas, en ocasiones en quechua—, y realiza la señal de la cruz en la frente y volviéndolo a espantar. Este proceso dura aproximadamente 10–15 minutos (NO) y se repite cuanto sea necesario, hasta que el niño/a esté bien.

“Con una plantita chiquitita las llamada mancharía para el espanto (...). Se pone en el pecho haciendo cruz y en la cabeza así en la cruz.” (Amalia_Q_42)

Un requisito indispensable en el ritual es que el paciente y acompañantes, tengan fe en el mismo, sino el tratamiento no será efectivo.

Hay que comentar que, durante el trabajo de campo, se pudo realizar una observación durante una “limpia” que realizó la abuela de Sisa (Sisa_B_16) —que era curandera y que por su edad ya no trabajaba— a su nieta. La abuela, durante el ritual, utilizó un atado de plantas y

se las pasó por el cuerpo y finalmente repitió unas oraciones en quechua. Según comentó la abuela, algunas curanderas como parte del tratamiento usan “*trago*” —alcohol—, pero otras no usan, sin embargo, el efecto es el mismo.

En el padecimiento de “el espanto” se presentaron tres casos y las trayectorias de atención se construyeron a través de dos recursos de atención (autoatención: tratamientos; terapeuta popular (véase Tabla 17). En todos los casos, el padecimiento se resolvió en la primera opción terapéutica. En los dos primeros casos, las madres lo resolvieron por sí mismas y en uno de los casos el tratamiento fue provisto por otro miembro de la familia. En todos los casos se aplicaron tratamientos populares —sin intervención de curador o terapeuta tradicional—. La planta usada en dos de los casos es la maichara o mancharía —las madres no precisan el nombre—. Aquí no se consulta ni se hace uso de la medicina occidental, las madres la evitan para estos padecimientos, ya que sienten que estas prácticas son rechazadas y mal vistas por el personal sanitario.

Los conocimientos sobre estos tratamientos han sido adquiridos de anteriores consultas o por influencia de otros miembros del grupo familiar o social. Pudimos evidenciar que el tratamiento es un ritual al que denominan “limpia”, que tiene un componente religioso-católico, aspecto podría coincidir con el hecho de que varias madres de familias evangelistas no crean en este tipo de padecimiento —sin embargo, si continúan valorando los remedios tradicionales o naturales—. Se pudo observar que una madre que profesaba creencias evangélicas sí aplicaba una parte de este ritual. La parte aplicada era la de volver a asustar al niño/a, cuando éste presentaba síntomas que ellas no encontraban razón o explicación —asumiendo, en definitiva, que podía ser “espanto”—. Este es un ejemplo del grado de contradicción que a veces se puede dar en las poblaciones indígenas, pero también un ejemplo que evidencia que hay saberes que las madres indígenas tienen muy arraigados, como muestran sus prácticas.

Tabla 17. Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en “el espanto”

Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención		
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Caso 1	(Litza_B_22)	Litza	Tratamientos populares	
Caso 2	(Amelia_Q_42)	Amelia	Tratamientos populares	
Caso 3	(Anahí_B_25)	Anahí	Terapeuta popular (Padre-abuelo)	

Fuente: Elaboración propia.

“El aire”

En la “enfermedad propia” del “aire”, las madres dividían este padecimiento en dos: “el aire” y “el mal aire”.

Las mujeres refieren a que “el aire” se da por un elemento ambiental o climático. Consiste en una corriente o soplo de aire frío o por objetos que se consideran fríos —que, al contacto de la persona con ellos, enfrían el cuerpo— y que pueden penetrar en el cuerpo, produciendo cambios o alteraciones en la persona. Refieren que “el aire” afecta principalmente a mujeres embarazadas o en el postparto y suele manifestarse con: dolor en la cintura; contracción del abdomen; parto doloroso; pérdida de la leche; dolor de cabeza; y dolor de huesos.

Cuando “el aire” se da en mujeres embarazadas o durante el puerperio, quién determina de forma precisa el padecimiento y aplica el tratamiento, es la partera o también la mujer más anciana de la familia o comunidad con conocimientos y experiencia —en ocasiones coincide que éstas en el pasado también fueron parteras, como fue el caso de la madre de una participante—.

Si se da durante el embarazo, describen que “el aire” se puede complicar provocando un parto prematuro “*la barriga se pone dura, cómo que va a dar a luz antes del tiempo*” Sisa_B_16).

(...) a veces sabe coger diarrea, a veces dolor de cabeza, dolor saben coger por el frío (...) por el frío, que es lo que nosotros andamos trabajando, pasando frío. Entonces al momento de dar luz sabemos tener malestares, entonces sabemos tomar haciendo huevos de campo, batiendo, poniendo en agua caliente, con flor de tilo, con un poco de azúcar o panela sí es que tenemos más panela (...) eso nos tomamos, de lo que nosotros podamos tomar un vaso, dos vasos depende con eso se calienta el cuerpo y no, no empieza a doler cada rato, se deja un rato bien el dolor, menos pensado ya de una sola se nace el niño (...). (Asiri_B_30)

“Sí, claro que sí. Si, cuando no encontraba así chalina [poncho], sabía doler aquí (se toca el abdomen) por el frío, cuando estaba embarazada.” (Nuna_B_24)

Si es en el puerperio, las mujeres comentan que las parteras refieren que se puede dar un “*sobrepardo*”, manifestado por dolores de cabeza, de espalda y decaimiento. Para evitar estas complicaciones, las madres explicaban que mantenían una serie de prevenciones y cuidados, como el mantenerse abrigadas o evitar tocar determinados objetos.

(...) entonces hasta un mes [después del parto] no le deja que toque nada, solo que esté en la cama (...) no podemos coger no más cuchillos, ni cucharas así, no saben dejar que toque. Porque eso es fierro [hierro] y muy frío y por eso no les dejan que toque (...). Entonces cuando tocamos eso (...) saben, saben hacer fregar manos, pies para que no coja dolor. (Asiri_B_30)

“Si la espalda del frío se cubre bastante. Si, acá ya no sale leche ya.” (Nelli_B_42)

“(…) a veces por el frío, dolor de cabeza, dolor de pies, así dolor de huesos eso saben coger por el frío, toca cuidar.” (Nuna_B_24)

Para aplicar el tratamiento —administrado exclusivamente por parteras—, es fundamental la relación frío-calor: cuando el padecimiento es por frío aplican calor y si es por calor, aplican frío. El tratamiento se basa en proveer de calor al cuerpo y preventivamente evitar las fuentes de frío, aliviando así el malestar o alteraciones corporales. El calor se provee a través de “fregar” /”sobar” —dar masajes— con ungüentos caseros como: manteca de cerdo, de cuy —cobaya— o de cacao. O también, ingiriendo bebidas calientes como: chocolate o infusiones dulces a base de plantas. Una vez administrado el calor, se cubre la zona afectada o todo el cuerpo —según se indique—. Durante el tratamiento y ya finalizado se deben tomar medidas preventivas como evitar el frío —ya sea por el aire o por el contacto con objetos fríos, especialmente hechos de hierro—.

En el padecimiento del “aire”, se presentaron dos casos (véase Tabla 18) y la trayectoria de atención se construyó a través de un solo recurso de atención que fue la autoatención: remedios caseros. El padecimiento se resolvió en la primera opción terapéutica. En estos casos no hay automedicación con fármacos ya que con el tratamiento —remedios caseros— se pudo curar el malestar. Los conocimientos sobre estos tratamientos han sido adquiridos por influencia de otros miembros del grupo familiar o grupos sociales como los vecinos.

Tabla 18. Trayectorias de atención, utilización de los recursos e instancias de atención en “el aire”

Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención		
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Caso 1	(Asiri_B_30)	Asiri	Remedios caseros	
Caso 2	(Nelli_B_42)	Nelli	Remedios caseros	

Fuente: Elaboración propia.

El padecimiento del “mal aire” puede llevar a confusiones con el padecimiento del “mal de ojo” por su similitud en las expresiones del padecimiento como en una parte de las causas que lo originan. Por este motivo, a pesar de que en este apartado se describe el “mal aire” — como una subcategoría del “aire”—, se aborda juntamente con el “mal de ojo”.

A pesar de que ninguna madre los define claramente, a través del trabajo de campo, se evidenció que “el mal aire” respondía a una especie de energía pesada — “*se siente pesado, así frío en el cuerpo*” (Sisa_B_16) —, energía maligna o fuerza superior oscura, que altera el equilibrio corporal. Las mujeres describían que a esta energía maligna puedes exponerte al pasear por lugares oscuros y/o desolados, al asistir a entierros o incluso al pasear por campos solitarios que contenían esta energía.

En el caso del “mal de ojo”, las madres expresan que se produce cuando una persona le transmite una mala energía al niño/a o adulto que es más débil o vulnerable. Esta energía se transmite a través de observar al niño/a y quien lo produce no es consciente de que lo hace, por lo tanto, es un hecho involuntario.

Por lo tanto, la similitud entre la “enfermedad propia” del “mal aire” y del “mal de ojo” es que ambos padecimientos se producen por una energía o fuerza superior maligna. Pero en el caso del “mal aire”, esta energía se encuentra en el medioambiente: en determinados lugares como puede ser descampados, cementerios, lugares solitarios, etc.; y que al pasar o estar una

persona por aquellos lugares, puede hacer que esta energía maligna se le adhiera en el cuerpo. En el caso del “mal de ojo”, esta energía maligna la transmiten las personas —al mirar a otras—, pero de forma involuntaria.

En el caso del “mal de ojo”, esta mirada puede causar daño y síntomas en la persona, tales como: irritabilidad, “*está molesto*”; llanto “*llora por cualquier cosa y a veces no sabemos por qué mismo llora*”; diarrea; vómito; y a largo plazo adelgazamiento, ‘*se ponen flacos*’.

Más a los niños que están flacos, también a los gordos o también a los más bonitos también, porque a los bonitos le quieren y le quieren y le quieren, les gusta mucho, les aman, les quiere y entonces ahí les ojean [la acción del “mal de ojo”] y hay empiezan dañar cuerpo, aunque comen, pero viene haciendo desnutridos. (Asiri_B_30)

“Sí mal ojo, mal aire decimos. A veces sí así de pronto, el guagua [niño] sabe poner flaco, flaco como palo queda (...) a veces también molesto, (...).” (Amelia_Q_42)

Durante el trabajo de campo, no se encontraron muchas personas que hablaran sobre el “mal de ojo”. Dentro de la comunidad indígena, parece ser el padecimiento menos presente, al contrario, a lo que sucede en las comunidades indígenas de la región costa —donde se da de forma más frecuente—.

La persona que presenta “*el mal aire*” muestra: dolor de cabeza; dolor de barriga; náuseas; decaimiento; adelgazamiento; y palidez; pero también podría presentar temblores. “*El mal aire*”, afirmaban las madres, puede afectar más a los niños/as por ser vulnerables o por no estar bautizados, pero también a los adultos, que según explicaban algunas mujeres de la comunidad, ‘*tienen un alma buena*’.

“Cuando lleva a lugares que no hemos conocido así, dicen, pero, así, cuando sacamos de madrugada o muy de noche, así o cualquier lugar que cuando llevamos ahí está frío o ha pasado algo, ahí se pega “mal aire” les duela la barriga y toca pasar nomas (...).”

(Laura_B_21)

Pero, las madres no mostraban una clara diferenciación entre quienes podrían ser más susceptibles o no de padecer “mal aire”. En una ocasión, alguien de la comunidad hizo referencia a que me podía dar un “mal aire” por residir cerca de un cementerio. Pero también, en otra ocasión, me comentaron que no temiera porque no me pasaría nada ya que yo era un “alma buena”⁴⁵. Sin embargo, también alguien dijo, que *‘ser tan buenos tampoco es bueno, ahí es peor a veces’*.

“Cuando lleva a lugares que no hemos conocido así, dicen, pero, así, cuando sacamos de madrugada o muy de noche, así o cualquier lugar que cuando llevamos ahí está frío o ha pasado algo, ahí se pega mal aire les duela la barriga y toca pasar nomas (...).”

(Laura_B_21)

“(...) y cuando creo mucho así se hace de mal dice. Debemos tumbo [cuando paseas sin un rumbo claro] como cuando lleva a alguna parte, ya tarde (inaudible) tarde, pero yo no, yo no, no digo nada, ando nomas cargando. (...) va a coger mal aire así si sabemos utilizar, hasta yo digo a veces mal aire, pero no ando nomas cargando, no pierdo mucho en eso (...).” (Litza_B_22)

⁴⁵ Desde su perspectiva de que quienes son buenos y tienen una conexión cercana con Dios podrían estar exentos de este tipo de padecimientos.

“O sea, mal de aire, ese si hay pues, sabe decir, que un sabe hacer desmayar dice. Sabe doler todo el cuerpo y sabe hacer temblar dice. Por eso se pone con orina de llamingo [animal rumiante que es España es conocido como llama].” (Amelia_Q_42)

En cuanto a la gravedad, algunas mujeres durante la observación participante mencionaron que el “mal aire” y el “mal de ojo” pueden causar la muerte, pero no de forma inmediata. En estos padecimientos y de forma lenta, la persona puede perecer como consecuencia al adelgazamiento progresivo que se pueda dar. Algunas mujeres de la comunidad mencionaban ‘*se hace flaco, flaco hasta que se muere*’.

No existe una diferenciación clara entre el tratamiento para el “mal aire” y “el mal de ojo”. Por ello, a partir de lo manifestado por las madres, nos centramos —en este apartado— en la trayectoria de atención para los dos padecimientos, por la similitud de los tratamientos y porque las madres hacen referencia a los dos sin diferenciación.

A veces las manifestaciones de “mal aire” y el “mal de ojo”, pueden confundirse con padecimientos descritos por la biomedicina, así que el Yachak —y no la madre— basará el diagnóstico en la causa y aplicará el tratamiento inmediatamente. En el tratamiento ritual —la “limpia”— el Yachak indicará que solo esté la persona afectada y en el caso de niños/as un acompañante que él designe. El motivo es que el “mal aire” o el “mal de ojo” puede afectar a otras personas si están presentes. Como ya se ha ido comentando anteriormente, existen personas que desde los saberes maternos y populares serían más vulnerables a éstas “enfermedades propias”, por lo que uno de los requisitos indispensable para participar en las “limpias” es estar bautizada. Durante el trabajo de campo, no se me permitió estar en estos rituales, al parecer por no cumplir con algunos de los requisitos por apreciación del curador tradicional. Por ese motivo, el conocimiento y reconstrucción del ritual solo se pudo efectuar manera aproximada y a través de las narrativas de las madres y curadores tradicionales.

El objetivo del ritual es eliminar la “mala energía” de la persona. En la “limpia”, los rezos —oraciones católicas— son un elemento fundamental, así como, las persignaciones —hacer la señal de la cruz sobre la frente, la cara y el pecho— y el uso de plantas —previamente bendecidas y preparadas—. Algunas veces el Yachak puede “fumar” al paciente —pudiendo exhalar el humo en la cara de la persona— mientras dice palabras cómo: ‘al mal aire que se vaya’.

“[¿cómo es el tratamiento para el mal aire?] sí, poco a poco se pegan, pero ya limpiando con esas plantas que sabemos limpiar, con eso ya pasa nomás. Planta como por ejemplo de chilco y así pasar [demuestra el proceso] sabe pasar no más nomás cuando limpia el cuerpo.” (Laura_B_21)

Durante la investigación, fue Asiri, quien —además de confirmar que el ritual es el mismo para los dos padecimientos— explicó que una parte significativa de la “limpia” es hacer un cierre del proceso. Ella explicaba la importancia de depositarlo todo en la tierra y cubrirlo, ya que la tierra tendría el poder de absorber “el mal” y no dejar que saliera. En sus experiencias concretas, ella decía que utilizaban manteca de gallina, de forma adicional, al uso de plantas.

“De eso sabemos también curar para ahí le dan, le malecíamos [bendecimos] nomás porque sabe coger diarrea de diferente diarrea [diferenciando la diarrea del mal aire de una diarrea orgánica], entonces eso curamos. Sabemos poner manillas rojas en manos con mullos rojos [pulseras de tejido textil rojo que atan en las muñecas de los niños/as], así hilos rojos tejemos y amarramos en manos entonces amarramos, también fregamos con cilantro y manteca de gallina con eso sabemos fregar espaldas hasta rabadilla, eso sabemos amarrar también con unas hojas y eso sabemos enterrar dentro de tierra hay saben pasar, (...).” (Asiri_B_30)

En este relato de Asiri, también se evidencia una práctica que llevan a cabo las madres de forma preventiva para evitar que los niños/as padezcan “mal aire” o “mal de ojo” y es la utilización de “(...) *manillas rojas en manos con mullos, así hilos rojos tejemos y amarramos en manos entonces amarramos (...)*” (Asiri_B_30). Estas “manillas rojas” son pulseras de tejido textil rojo —que las propias mujeres tejen—, que atan a las manitas de los niños/as con el fin de protegerlos de estas energías malignas.

Para finalizar con respecto a la descripción del ritual de la “limpia”, en el trabajo de campo se mostró que las personas de esta comunidad no utilizan como parte del ritual el pasar un huevo por el cuerpo. Sin embargo, algunas personas de otras comunidades más pobladas y con una más amplia diversidad de personas —provenientes de otras áreas del país—, sí que reconocían la utilización del huevo, en la “limpia” del “mal de ojo”.

En los padecimientos de “mal aire” y “mal de ojo” se presentaron dos casos (véase Tabla 19), destacando la particularidad de que las dos madres profesaban la religión católica. La trayectoria de atención en estos padecimientos se realizó a través de un solo recurso de atención, que fue la autoatención materna. Esta autoatención se realizó a partir de tratamientos populares con base en la medicina tradicional indígena. En los dos casos, los padecimientos se resolvieron en la primera fase de atención. Al igual que en otros padecimientos descritos en la agrupación de “enfermedades propias”, el ritual de tratamiento tiene un claro componente religioso. Las plantas usadas fueron el chilco, y el cilantro, entre otras que las madres indicaron no recordar. Finalmente, tampoco —tal y como sucede con las “enfermedades propias” — se consultó o se hizo uso de la medicina occidental.

Tabla 19. Trayectorias de atención, utilización de los recursos en el “mal aire” y el “mal de ojo”

Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención		
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Caso 1	(Laura_B_21)	Laura	Tratamientos populares	
Caso 2	(Asiri_B_30)	Asiri	Tratamientos populares	

Fuente: Elaboración propia.

“El empacho”

El último padecimiento del grupo de “enfermedades propias” es el “empacho”. Para las madres de la comunidad, es un padecimiento que se produce por comer alimentos difíciles de digerir en el estómago, —utilizando expresiones como “*ha comido pesado*” — o por comer demasiado. El padecimiento se evidencia por presentar la persona: sudoración; abdomen inflamado “*barriga hinchada*”; gases; *dolor de estómago*; estreñimiento o como algunas mujeres expresan, “*no suelta por atrás*”.

“(…) cuando mi mami sabe hacer cuando duele la barriga, así de pronto, cuando duele la barriga, cuando por ejemplo en, en, finado [festividad día de los muertos] en cualquier así festivo, se cocina, cocinamos así, bastante. (...), es que está mejor con empacho decimos.” (Maywa_B_38)

En cuanto al “empacho”, las madres y los informantes consideran que no es un padecimiento grave. No recuerdan o no conocen casos de alguien que se haya puesto grave y mucho menos que haya muerto por el padecimiento.

En esta “enfermedad propia” el tratamiento puede ser modificado conforme se modifica la identificación del padecimiento, ya que el “empacho” se puede confundir también con “males del estómago” —padecimiento que sí se podría tratar por la biomedicina—. Este aspecto dificultó encontrar referencias sobre este padecimiento concreto, ya que, en algunos casos narrados, la atención se realizó primero como “empacho”, pero luego al presentar otras manifestaciones, las personas fueron llevadas al centro de salud. En estos casos, según me explicaban, el padecimiento final fue “infección de barriga” o estreñimiento. Todo esto, al final acaba dificultando el poder precisar la trayectoria de atención en el “empacho”.

El tratamiento para el “empacho” en sí, se basa en remedios caseros y tratamientos populares, que son administrados y aplicados por la madre. Estos tratamientos consistirían en: frotar o sobar —masajear— el abdomen para promover la digestión, o como mencionaban algunas mujeres *‘hacer que suelte todo’*; también se puede frotar o sobar con plantas calientes el abdomen. Además, durante el tratamiento se deben evitar alimentos que puedan aumentar el “empacho”. Entre estos alimentos, las madres reconocieron los granos —lentejas— o aquellos que produzcan gases, pero sí se pueden dar alimentos como leche y otras aguas calientes que ayudan a la digestión.

“(…) cuando mi mami sabe hacer cuando duele la barriga, de pronto, cuando duele la barriga (...) es que está mejor con empacho decimos, puede estar sudada, ella la mami y salen para afuera y ya sabe doler barriga, ahí cogen el chilco [un tipo de planta] se calienta en candela friega así con eso pasa.” (Maywa_B_38)

Durante el trabajo de campo, para este padecimiento de las “enfermedades propias” solo se presentó el caso de Maywa (véase Tabla 20), que nos describió la atención en el “empacho” que tuvo su hijo. La trayectoria de atención se construyó a través solo de un recurso y en una fase la automedicación materna. En este caso no hay intervención del curador o

terapeuta tradicional tampoco del médico alopático —ya que hablamos de una “enfermedad propia”—. En el tratamiento que describió Maywa, la planta utilizada fue el chilco. En este caso, además, pudimos evidenciar que la madre, a pesar de ser evangélica, sí reconocía y determinaba el padecimiento y posteriormente aplicaba el tratamiento para su resolución.

Tabla 20. *Trayectorias de atención, utilización de los recursos de atención en el “empacho”*

Código	Pseudónimo	Nivel de atención y recursos de la Trayectoria de Atención		
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Caso 1	(Maywa_B_38)	Maywa	Remedios caseros	

Fuente: Elaboración propia.

A modo de síntesis, en la agrupación de las “enfermedades propias”, el total de los 8 casos presentados (véase Tabla 21) fueron atendidos por automedicación⁴⁶. En este sentido, se pude observar que en las “enfermedades propias” —síndromes culturalmente delimitados—, el único recurso utilizado sería la autoatención familiar y materna. Asimismo, resalta el hecho de que las madres conocen los procedimientos terapéuticos frente a este tipo de padecimientos, sin embargo, en algunos casos pueden recurrir a un curador profesional —de la medicina tradicional—, como el caso que se pudo evidenciar en el “espanto”. También se destaca el fuerte componente de la relación frío-caliente en la terapéutica del “aire”, aspectos que son contemplados en los remedios caseros o terapias populares y que son proporcionados en su mayoría por las propias madres o por algún otro miembro de la familia, cómo automedicación familiar. Existe un importante grupo de plantas usadas —por ejemplo, el chilco, cilantro, malchiara, entre otras— y ungüentos de grasas —por ejemplo, de gallina, cuy, así como manteca de cacao—. Estos tratamientos tienen su raíz en los saberes de la medicina tradicional

⁴⁶ Recordemos que la automedicación incluye tanto la de fármacos de patente, como la de remedios naturales.

indígena y han llegado a las madres a través de experiencias propias o a través de otros miembros del grupo familiar o social.

Tabla 21. Posición de los recursos utilizados y presentación de las instancias en las “enfermedades propias”

	Nivel 1 en la trayectoria de atención	Nivel 2 en la trayectoria de atención	Nivel 3 en la trayectoria de atención	Total
RECURSO				
Automedicación materna: remedios caseros/ medicina popular	7		-	7
Automedicación familiar: remedios caseros/ medicina popular	1			1
Automedicación: fármacos de patente	-	-	-	0
Médico (Consulta médica)	-	-	-	0
Terapeuta medicina tradicional	-	-	-	0
Técnico de atención Primaria	-	-	-	0
Autoatención: ningún tratamiento	-	-	-	0
Total	8	-	-	8

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a todos los padecimientos presentados en este apartado, vemos que en cuanto a los itinerarios terapéuticos existe una mayor uniformidad, con respecto a los tratamientos, que las mujeres consideran eficaces y adecuados en el caso de los padecimientos de las “enfermedades propias”. Esto es algo que no ocurre en los “males del estómago” ni en los “males respiratorios”, donde la trayectoria de atención es amplia y en algunos casos puede llegar a ser confusa. Esto se debe a que incluye elementos tanto de la medicina tradicional

indígena —como infusiones de plantas y otros remedios populares—, así como de la biomedicina que mediante la automedicación de fármacos de patente —antipiréticos, antigripales y antidiarreicos—. En caso de los padecimientos de las “enfermedades propias” —o sea, en los SCD—, la trayectoria de atención desarrollada por las madres es reducido, ya que se limita a las instancias de atención —como la medicina tradicional indígena o popular—, ya que, para este tipo de atenciones, las madres descartan el sistema biomédico.

5.1.3. Condicionantes de la trayectoria de atención

Para Osorio (2001), los principales determinantes que inciden en la composición, organización y dinámica de la carrera curativa pueden estructurarse en tres niveles de análisis. El primero y más general tiene que ver con las condiciones socioeconómicas en las que viven las personas. El segundo, es el cúmulo de saberes maternos sobre los procesos de s/e/a-p, los cuales adquieren una dinámica particular, según las características del padecimiento. Y, un tercer grupo que se vincula con los recursos de atención (Osorio, 2001 p. 215). Desde la realidad de las mujeres de Guayama Grande, los principales condicionantes de la trayectoria de atención se pueden apreciar por: el acceso de las personas a los servicios de salud; la evaluación que tienen sobre los servicios de salud ya sea por experiencias propias o de terceros; por la eficacia curativa que han podido percibir las mujeres; por la formación y experiencia, que perciben, que pueden tener los profesionales; por el tipo de padecimiento; y finalmente por la influencia de las redes sociales de apoyo que pueden influir en las decisiones maternas. En la investigación consideramos que los condicionantes revelados se puede ubicar dentro de los niveles propuestos por Osorio-Carranza (2001).

En términos de niveles de los condicionantes, podemos decir que el acceso a los servicios de salud parte de: de las condiciones sociales; del apoyo o la influencia que tienen sus redes sociales y familiares a partir del rol como mujer dentro del hogar y la familia; y las

condiciones y tiempo de trabajo y de cuidado de la familia. Otro condicionante son los saberes maternos sobre el padecimiento basados principalmente en su identificación/diagnóstico, la percepción sobre la gravedad y la evolución del padecimiento. Finalmente, los recursos de atención que ponen en evidencia la relación médica/enfermera-paciente, la percepción de las madres sobre la eficacia curativa, la formación y experiencia de los profesionales desde el sistema de racionalidades maternas.

5.1.3.1. Acceso de las madres a los servicios de salud

Atenderse en el centro de salud debería implicar mucho menos tiempo por su cercanía, ya que los principales condicionantes que operan en la elección de los recursos de salud alopáticos se refieren a la posibilidad de acceso por parte de la población, en términos distancia, tiempo y recursos económicos (Castillo et al., 2017). Sin embargo, en este caso la accesibilidad geográfica está marcada por la gran distancia que existe entre el centro de salud local y las comunidades. Adicionando la no existencia de un medio de transporte continuo y en algunos casos el costo del transporte que también implica un gasto difícil de cubrir ya que las mujeres deben viajar con varios niños/as. El hospital local y vecinal se encuentran aún más lejos, y no pueden acceder sino no es por transporte. Para el sistema de racionalidad materno, el desplazamiento de un viaje implica tiempo y dinero, y por tanto debe ser aprovechado, por lo que si van al centro de atención optan por ir con todos sus hijos/as para resolver todos los temas que puedan en el centro de salud —como los controles del niño sano y las vacunas que tengan pendientes—. Pero también, las madres se desplazarán —ya que implica tiempo y dinero—, si realmente perciben que lo necesitan.

“(…) No, tocaba llevar a subcentro cargado, ahora hay buses toda más antes no había ni bus ni nada, tocaba ir caminando, es muy lejos, también a veces no se puede no más dejar a las guaguas [niños/as], no hay quien cuide.” (Dayami_B_40)

“Sí, está muy lejos pues como vamos a ir enseguidita, no podemos ir. Ase [hacer] dos o una nomás, tengo un control así de cuatro hijos, si no tengo de ase [hacer] control tres meses, cuatro meses no voy, es lejos, mejor ellos vienen.” (Maura_B_28)

El acceso también está condicionado por sus responsabilidades laborales, ocupacionales o con la familia como madre. Aquí se evidenciaron las características del grupo familiar, donde muchas veces la madre debe cuidar a los niños y no tiene una red social o familiar que le apoye en el cuidado. A esto también hay que añadirle si la madre es soltera. Con respecto a las ocupaciones, si las madres trabajan en el campo —sembrando y cosechando— esto también determinará el acceso a los servicios, ya que no siempre puede alejarse de la labor agrícola —sobre todo si es tiempo de cosecha y se recolectar los productos para vender y sostener la alimentación y necesidades básicas de los miembros de familia—.

“(…) por lo que estuve trabajando. No, yo, yo mismo no, no, le podía dar permiso, pero no le pedí permiso, como que no había carros también ir por cualquier lado a Sigchos también, quedaba lejos igual no le quería salir del trabajo”. (Maywa_B_38)

Otro aspecto tiene que ver con el riesgo de perder el medio de transporte —el autobús—. -En el área principal donde se realizó el trabajo de campo, solo había dos autobuses en horario fijo —en ocasiones podía haber tres, debido a que el conductor vivía en la propia comunidad, pero esto no siempre sucedía—. Dos de los autobuses iban en dirección al centro de salud y dos que vuelven a la comunidad. Las madres madrugaban para ser atendidas muy temprano,

sin embargo, esto no siempre sucedía, por lo que podían perder el bus de regreso. La pérdida de este autobús implicaba volver caminando a la comunidad, por lo que a veces preferían no ir, a menos que identificaran que había un factor de enfermedad grave.

“Muy lejos. Si, por eso no iba solo dos controles hice.” (Nelli_B_42)

El trabajo que realizan las brigadas de salud⁴⁷ o el trabajo extramural⁴⁸ del equipo de salud, ha facilitado a la comunidad el acceso al sistema de salud, ya que son los profesionales quienes se desplazan a los hogares, sobre todo en campañas de vacunación infantil. Sin embargo, este factor no siempre les permite acceder a la atención, ya que la mayoría del tiempo el personal los busca en sus casas, pero las madres durante el día trabajan en sus tierras y éstas están alejadas del domicilio.

“En Chugchilán, a veces en Zumbahua, pero a veces vienen a la casa para vacunar, eso prefiero yo porque es muy lejos, no hay a cada rato el bus, toca esperar se va toda la mañana, y se demoran uno pierde el bus por esperar.” (Mayen_B_27)

En definitiva, existen diversas barreras en el acceso a la atención, estas barreras de alguna manera serán las que favorecen la práctica de autoatención como recurso inmediato y en ocasiones la automedicación. Las brigadas de salud son una buena forma de cobertura, sin embargo, requiere de una adecuada planificación para un éxito real. Por otro lado, esto también desencadena en una dependencia de los servicios de salud alopáticos y un acomodamiento de la madre en la atención, por la esperanza de un acceso a la salud en la puerta de su casa.

⁴⁷ Jornadas de trabajo donde uno o varios EAS se trasladan a la comunidad para brindar atención médica, de enfermería, de odontología y obstetricia.

⁴⁸ El trabajo extramural consiste en desplazarse entre las viviendas en busca de personas o familias consideradas de riesgo, por ejemplo: incumplimiento de esquema de vacunación, incumplimiento de tratamiento, mujeres postparto, recién nacidos, etc.

5.1.3.2. Evaluación de los servicios de servicios de salud, propia y de terceros

Las madres evalúan los servicios de salud señalando las ventajas y desventajas que pueden tener al acceder a dichos servicios, esta evaluación se basa en sus propias experiencias o en las experiencias de terceros, a las que dan mucho valor sobre todo si no han tenido su propia experiencia.

Por un sistema de representaciones sociales, las mujeres en las comunidades indígenas tienden a hablar con un tono de voz más bajo, sobre todo con personas que no conocen. Ellas se presentan con timidez, por lo que un tono de voz elevado puede ser percibido por la madre como si les estuvieran gritando. Desde una posición de poder y hegemonía del conocimiento, el personal de salud biomédico tiende a hablar fuerte y a reprochar las decisiones y acciones realizadas por las madres, sobre todo si esta acción tuvo una implicación en el tratamiento biomédico. Debido a ello, las madres tienen miedo de ser reprochadas si comentan sobre la atención o cuidado que puso en práctica con sus hijos/as.

En cuanto a la comunicación, el uso de términos médicos durante la atención disminuye la participación de las madres en la consulta, hace que no les entiendan o que con el paso del tiempo les sea difícil recordar y consideran que no ha sido bien atendidas porque, como alguna de ellas comentaba *'no supieron explicar'*, *'no saben explicar, así bonito'*.

“Tenía miedo saben hablar. Si, todas mismo sólo cuando ya no se puede mismo, es a vez [hace referencia a su parto].” (Anahí_B_25)

“Sí, una vez en Zumbahua, en Hospital. Tengo miedo ahora ir a Zumbahua. (...) claro a veces doctoras malas habían sido, yo quería levantar no me soltaban cogían así en cama, las manos así, como voy a levantar. Sí, por eso tengo miedo muchas cosas a veces (risas). Y saben hablar quieren poner. No, ya no.” (Nuna_B_24)

“Sí, a veces sí entendemos y a veces, no. Así a veces explicaba más rápido, por eso no entendía, así. Ya pues así tocaba. Pues pasar ya, (...). Otra vez, otra vez tocaba vuelta ir a Chugchilán.” (Rocio_B_23)

“Claro, si antes si hablo pues ya solo era tener solo tres hijos, ya no tengan más dijo, así me dijeron en el centro de salud, ya da recelo ir vuelta otra vez (...)” (Maura_B_28)

Como se ha mencionado anteriormente, la dificultad en el transporte hace que las mujeres deseen ser atendidas lo más pronto posible —para por ejemplo no perder el autobús de vuelta—, por lo que la demora recae en una evaluación negativa del servicio, ya que se lo percibe como una desventaja y optan por no asistir al centro de atención.

“No saben atender rápido, a veces vuelta no, no atienden rápido, se demoran por eso no quiero ir a subcentro (...) no atienden rápido y a veces dicen que no hay medicamento, que no hay medicinas y eso de allá mandan a otro lado mejor (...).” (Dayami_B_40)

“Antes era muy bien que atendían rápido así. (aja) Ahora estos años no tanto que espero, espero no saben atender rápido. Antes si atendían rápido y ahora casi ahora ya no voy al centro de salud, también vienen acá y van vacunando. Y hacen control, se van.” (Maura_B_28)

Dentro de la evaluación de los servicios de salud, las madres refieren una serie de acontecimientos que han vivido durante la atención del parto, experiencias las generalizan a todo el sistema de salud. Sus experiencias han estado relacionadas con el choque cultural que viven al tener que dar a luz en el hospital. En muchas ocasiones sus anteriores partos fueron en

el domicilio, y por ello ellas señalan aspectos negativos como dar a luz acostada —por la dificultada para expulsar al niño—. Esta experiencia de dar a luz acostada, en sus descripciones es narrada como negativa y por lo tanto, esta experiencia será un condicionante para acudir o no al servicio de atención. Para muchas mujeres la experiencia del parto puede ser la primera y la única experiencia con el sistema biomédico, para otras esta sería la única vez que asisten sin necesidad de que anteceda un padecimiento grave.

“Dar a luz [parto] acostada. No. para mí no era mejor. Yo digo hospital, me siento mal, mejor (...) no es como parto normal que (...) no saben enviar rápido en la casa y todo se queda botado.” (Dayami_B_40)

“En la casa, en hospital no en la casa este, se da luz arrodillada y en el hospital se está en la cama. Si es más difícil en cama se demora más la guagua [bebé] en salir, no se siente bien uno (...).” (Mayen_B_27)

“No, solo acostado en cama. Más difícil había sido (...) Sí primera vez, yo venía asustando, asustando, asustando. Ya en hospital pues no había sido así pues cuando llegué puse en cama, quería levantar, pero no dejaba, hablando, los doctores, así tenían manos así en cama, no podía levantar.” (Nuna_B_24)

“En la casa, en Hospitales vuelta, hablan, critican, que con dolor no se puede vuelta. Está (...), no es como en la casa. No sé, y no podía en casa, y un día y una noche no podía darle luz y por eso me llevaron al hospital. Pero no me gusto, porque a veces le hablan a uno y ahí con dolor no sé entiende. Decían todos al mismo tiempo. No me gusto.” (Blanca_B_29)

Sin embargo, existen madres que no tuvieron ninguna experiencia de parto en casa, todos sus partos han sido en hospital por lo que narran que sus experiencias han sido positivas, sin embargo, reconocen que esto no es común para otras mujeres.

“Sí, sí es bueno, es que ahí se saca toda la sangre, ya todo, ya salimos bien de hospital, en casa en cambio, en casa se sufre, desde que yo, yo mismo estoy dando a luz en hospital dicen yo he dado cuenta en hospital, en hospital a veces se tratan bien, en dos hijos mismo me trataron bien, nada. Algunos dicen que saben hablar, si saca bien así a todas, cuando venimos cuando salimos del hospital ya estamos bien, ya no seguimos doler nada, ya bien normalitas.” (Litza_B_22)

La evaluación positiva o negativa de los servicios no se puede generalizar a una comunidad, son aspectos que están relacionados con las experiencias particulares de cada mujer. Sin embargo, la primera experiencia si se generaliza en su propio sistema de creencias sobre la atención biomédica, por lo que ir al hospital no es la primera opción.

Por otro lado, existen condicionantes en cuanto a la instancia de atención, no es lo mismo acudir al centro de salud local que acudir al hospital local o vecinal. Desde su sistema de racionalidades, el hospital es mejor ya que, según ellas: está mejor equipado y preparado — *‘han de estar más preparados’* —, hay más personal, hay ambulancias, etc. Estas apreciaciones hacen que cuando ellas identifican algún padecimiento o manifestación de gravedad, valoren la posibilidad de acudir a la atención hospitalaria, mientras que desde sus perspectivas el centro de salud parece estar menos preparado en equipos y personal para atender en los padecimientos que ameritan atención biomédica.

Aunque existen comunidades donde hay un alto nivel de confianza con su TAPS, existen otras donde no los conocen o no han tenido contacto debido a que cada cierto tiempo

rotan entre las comunidades o porque simplemente no visitan a las comunidades. Por lo anteriormente referido y por esto, se evidenció que la inestabilidad —del personal sanitario— les produce falta de confianza en el personal y en el sistema de salud.

“Él siempre estaba llegando, visitando, aunque no está enfermo, pero siempre estaba visitando vuelta ahora han cambiado, hay otro esta otro TAPS, pero nunca ha llegado, no sé quién será, no sabemos vuelta.” (Blanca_B_29)

“TAPS nada saben decir, ellos se tienen que llegar, si yo digo no porque ustedes están trabajando tiene que venir acá para que vacunen si quieren no, sentados en oficina, en subcentro, ¿para qué? por eso vienen acá para vacunar.” (Dayami_B_40)

La evaluación que las madres puedan es otro condicionante en su trayectoria de atención, y dicha evaluación está basada en sus propias experiencias positivas o negativas, así como las referencias de terceros. Sin embargo, su experiencia es la que pesa más, por lo que consideran que el trato que reciben determina su posibilidad de volver o no. El tiempo que emplean en el servicio médico para la atención más el tiempo que implica el viaje y las consecuencias de perder su transporte de retorno se colocan en la balanza al momento de decidir por asistir o no al centro de salud. Finalmente, la infraestructura, equipamiento y los servicios que prestan le hace concluir que hay servicios de salud mejores que otros, aunque cada uno ejerza funciones diferentes. Por lo que ante la decisión de qué hacer ante un padecimiento leve o grave todos estos condicionantes son analizados por la madre.

5.1.3.3. Clasificación de los padecimientos o acontecimientos de salud

Existen diversos criterios por los que las madres determinan el curador idóneo para un determinado padecimiento o acontecimiento de salud. Por un lado, está el padecimiento en sí

mismo, a través de los cambios que se producen en la persona especialmente y que desde el saber materno se consideran graves. También existen padecimientos o enfermedades que pueden ser tratados o que deben ser tratados por el doctor⁴⁹ y los padecimientos o acontecimientos de salud que son tratados por curadores tradicionales —como la partera, curandera o Yachak—. Los signos y síntomas que entran dentro de la “infección de la barriga” o la “neumonía-pulmonía” serán tratados por los servicios biomédicos dentro de las instituciones públicas o privadas de salud. Mientras que los síndromes culturales como el “espanto”, el “mal aire”, etc. serán tratados por el curandero o el Yachak.

Otra tipología importante para la atención es la edad de quien sufre el padecimiento. Si es un bebé —según las madres, un niño/a menor de 5 años— sufre de un padecimiento grave es más probable que la madre asista al hospital. Por tanto, si partimos de una atención o tratamiento sintomatológico, ante la ausencia de padecimiento —de signos y síntomas— las madres no asisten al centro de salud o al hospital.

“Si es que como que no quería comer, no quería comer así por eso lo lleve de pronto de repente podía empeorar lo fui llevando a Hospital, así fue (...). Aquí no hay nada para (...) que se mejoré. De pronto, de pronto mejor pueda que empeore haciendo mal, es mejor llevar a Hospital para ver que tiene eso hay que hacemos. Cada que llame a veces cuando, cuando sea cuando el siente mal él bebe o cuando tiene algo ahí van. Cuan así no duerme está mal, molesta, yo más por la bebé voy.” (Laura_B_21)

⁴⁹ A partir del trabajo de campo se pudo identificar la dificultad que las madres y la comunidad en general, tienen para identificar y diferenciar entre los médicos, odontólogos, enfermeros y obstetra. Sin embargo, si podían diferenciar entre el personal de salud no indígena y a los TAPS.

“(…) Casi dos días cuando no sana mismo, voy al centro de salud, vuelta cuando así cuando pasan dos días a veces sabe sanar y ya esté sano, que puede caminar, ya tranquiliza ya no vamos.” (Maura_B_28)

“Yo nunca he ido porque no tengo dolores. Nunca, por eso estoy sana, ahorita mis hijos también están sanos, no vamos.” (Rocio_B_23)

Por tanto —como ya se describió ampliamente en los apartados anteriores— la clasificación o el diagnóstico materno, así como sus pronósticos y saberes etiológicos, determinan la elección sobre uno u otro modelo de atención.

Punto aparte merece el parto, ya que desde un sistema de representaciones sociales este no es un padecimiento sino un acontecimiento de salud familiar que es atendido dentro del hogar por la partera o incluso por alguno de los miembros de la familia —que por lo general es la madre o la abuela—. Desde sus saberes, sólo en casos excepcionales deberá ser atendido en el hospital. Estos serían los casos de mala posición del feto, de que haya intentado un parto normal pero que por algún problema —que la madre desconoce— no haya sido posible o porque la partera no estuvo disponible.

“(…) mmm, yo en la casa quiero, si a veces no se puede nomás dar luz en la casa, voy al hospital. No avanzaba a dar luz ya era, pasado mucho tiempo y las horas y si estuve con dolor mucho tiempo. Pasé con dolor por eso me fui de ahí a Zumbahua.” (Dayami_B_40)

“En mi caso yo si fui a hospital porque mi primer hijo, si, di luz en el Hospital en Latacunga, pero segundo hijo mío dio luz en Sigchos. Que en mi primer hijo que no

estaba nacido bien y no estaba crecido bien en la pancita, este [señala al hijo] era podálico. Por esto me fui a hospital de Latacunga. Cada, cada un mes sabía ir al control de Chugchilán y ahí dijo que está podálico, después cada mes sabía viajar a Zumbahua. Ahí ya dieron cuenta que era podálico, por eso me fui a dar a luz al Hospital General de Latacunga.” (Litza_B_22)

“Los anteriores partos normal en casa. El último en el hospital. Porque, porque no había partero pues aquí.” (Nuna_B_24)

“Este último si llevamos a Hospital porque vuelta no había partera, no estaba aquí y ahí si llevamos a Hospital Sigchos.” (Nelli_B_42)

“(…) [se refiere al parto en casa] No sé, y no podía en casa, ni un día y una noche no podía darle luz y por eso me llevaron al hospital. Pero no me gusto, porque a veces le hablan a uno y ahí con dolor no sé entiende. Decían todos al mismo tiempo. No me gusto.” (Laura_B_21)

Asimismo, de acuerdo con el tipo de padecimiento, cuando las alteraciones o cambios en el equilibrio del cuerpo son leves estos son tratados por medio de la autoatención materna, donde se hace uso de los remedios caseros basados en la medicina tradicional indígena, modificando el tratamiento según se modifica también el diagnóstico.

“Al centro de salud no siempre Sí, si o aquí mismo. Nosotros mismos tenemos que curar, de plantas medicinales, aquí tenemos (…).” (Amelia_Q_42)

“Entonces no, no hemos salido al hospital porque no hemos pasado mucho tiempo con el dolor, nosotros mismo hemos sanado (...).” (Asiri_B_30)

En este sentido, puede decirse que las madres reconocen que hay padecimientos que son de competencia de la biomedicina y otras de la medicina tradicional indígena —partera, curandera o Yachak—, ya que se basan principalmente en creencias y tradiciones en las que el representante de la biomedicina no cree o no apoya. Así mismo, están los padecimientos que pueden ser atendidos por ellas mismas, y es ahí donde entra el modelo de autoatención. Podría decirse, retomando los términos de Kleinman, que las madres perciben las diferencias entre los modelos de los diferentes curadores y de ellas mismas —que en cierto sentido— reconocen las distancias cognitivas que se establecen entre ellos (Kleinman, 1980). En la práctica, además, casi todos los tratamientos se combinan y se complementan, se articulan entre diversas instituciones —que en el caso de estas mujeres— prioritariamente públicas. Por tanto, los condicionantes de la atención se mantienen en las representaciones maternas, a través de sus saberes, de la evaluación de los servicios de atención y de sus características socioeconómicas.

5.1.3.4. Eficacia curativa

Las madres tienen su propia concepción sobre los diferentes tipos de medicina. La medicina alopática o medicina occidental y la medicina tradicional indígena. Los fármacos de la medicina occidental para las madres —desde el sistema de representaciones sociales— los perciben, según sus comentarios, cómo *‘solo es calmante, no cura’*, *‘eso es puro químico, no más’* y que además provocarían dependencia.

Ahh eso para mí es sólo calmante creo que es. Cuando mi suegra sabe enfermar, vuelta trae al sobrino que está ahí de TAPS en Chugchilan (...). Si cuando trae la pastilla ese rato la casi una semana, pero se pasa el dolor cualquier cosa. Después vuelta otra vez,

va ya mismo. Si, pastillas, inyecciones creo que es solo calmante nomás. Porque no es que va a sanar: yo no. No, no tomo ni a los niños nada, sólo (...) aguitas medicinales que tenemos acá, ahí es mejor. Si, si, así no más de vuelta cuando siempre seguimos con pastillas o inyecciones, con eso vuelta ya el cuerpo también creo que ya requiere mismo o así. (Blanca_B_29)

Por otro lado, los tratamientos de la medicina popular o medicina tradicional indígena, para ellas tienen menos efectos o no tienen efectos secundarios, pero también se los consideran que son menos eficaces para ciertos padecimientos graves. Algunas madres atribuyen a que las infecciones ya sea del “estómago” o de los pulmones —“neumonía-pulmonía” — requieren de fármacos.

En cuanto a los efectos iatrogénicos las madres consideran que las vacunas pediátricas producen enfermedad por los efectos de fiebre o malestar general del niño. De ahí, que algunas madres presenten resistencia a vacunar a sus hijos/as y aquí aparece una contradicción, porque al vacunar esperan recibir una medicación que les permita mitigar estos síntomas producto de la vacuna⁵⁰.

“(...) a veces así cuando ya está mal, así con alguna infección, si toca dar pastilla (...), así a veces si se necesita mismo, por eso vamos cuando ya se necesita mismo sino no.”
(Asiri_B_30)

⁵⁰ Mencionar, que durante la realización del trabajo de campo —que se llevó a cabo durante la pandemia por COVID-19—, aún no se había iniciado la campaña de vacunación por COVID-19. Por ese motivo, cuando se mencionan las vacunas, éstas hacen referencia a las de Rotavirus, Polio Oral, Pentavalente, Neumococo, Influenza, y otras propias de esquema según la edad.

“(...) también dan jarabe para que no esté con temperatura. En Chugchilán la otra vez lleve chiquita para vacunar, y no dieron jarabe casi murió con una temperatura que estaba de más y dolor, y eran cuatro vacunas, por eso no llevó a Chugchilán.”
(Anahí_B_25)

“Ligadura [se refiere a ligadura de trompas] también a veces hace mal dicen pues, ¿cómo será? Si, mi hermana mayor, había sido así ligadura pues. Se había enfermado. Si, por eso tengo miedo muchas cosas a veces (...).” (Nuna_B_24)

“Porque saben hacer enfermar dicen que saben hacer enfermar (en hospital). No sé, parece que era para que enferme rápido, creo que puso eso, después de cinco minutos ya enferme rápido [se refiere a posibles efectos de medicación].” (Dayami_B_40)

La selección de la instancia curativa, así como del tipo de medicina en la trayectoria de atención, depende también de la eficacia curativa y de los efectos iatrogénicos que han podido percibir. Por lo que la medicina de patente es eficaz en las afecciones graves —como las infecciones—, pero su eficacia “calmante” es momentánea, puede producir dependencia, así como efectos iatrogénicos. Sin embargo, también hemos observado —en la carrera curativa— que las madres automedican en afecciones como la diarrea o la fiebre y por tanto la eficacia estaría determinada, más que nada, por el resultado del tratamiento frente a un signo o síntoma breve y sin la aparición de efectos iatrogénicos.

5.1.3.5. Formación y experiencia de los profesionales

El hecho de que el personal de salud este constituido en su mayoría por personal sanitario en su periodo de “año rural” —que no permanece en la parroquia más de un año—,

hace que la relación con ellos no llegue a consolidarse ni trascender y que tampoco se establezcan lazos de confianza. La edad del personal de salud y su trayectoria profesional también influye en la evaluación del servicio, ya que lo ven como una desventaja al no tener experiencia, algunas mujeres mencionaban que los “*médicos son jovencitos*”, “*nosotros decimos sin experiencia han de ser*”.

De los médicos, no sé, de los médicos no conocemos si habrá médicos mayores. Solo serán estudiantes que hacen preparatoria, pero es que nunca hemos sabido nunca hemos tenido comunicación con ellos. Los mayores han de ser con práctica y todo. Ahora los que vienen algunos sólo de pasantía [solo de práctica] creo que vienen entonces no tener mucha confianza puede, puede que no haga bien. (Asiri_B_30)

“Nosotros a veces no conocemos quien también serán, no hemos visto por aquí, cómo cambian a cada rato a veces ya mismo van. No se puede así no más confiar.”
(Nuna_B_24)

Para las madres la calidad del profesional está dada por la edad y el tiempo que esta persona tiene trabajando. Los profesionales en su periodo de “año rural”, para las madres, no tienen experiencia ya que son jóvenes recién graduados y además creen que al estar corto tiempo no se comprometen con su trabajo y ellas tampoco tienen tiempo de conocerlos y poder confiar en ellos.

5.1.3.6. Grupos familiares y redes sociales de apoyo

La trayectoria de atención de las madres está también condicionada por sus redes de apoyo, que pueden ser sus grupos familiares u otras redes sociales como la misma comunidad.

Existen historias familiares que les acercan más a los tratamientos populares o de la medicina tradicional indígena como es el caso de Anahí y Asiri donde su padre — que fue Yachak — conoce bien las plantas de la zona, sus usos y reconoce algunas de las enfermedades más frecuentes.

También es el caso de Rocío y su esposo quienes llevan años estudiando sobre el uso de las plantas para el tratamiento de enfermedades y que también poseen su propio huerto donde incluso han traído plantas de otras zonas del país para tratar de reproducirlas Su objetivo es dejar de depender de la medicina occidental y reproducirse como su conocimiento dentro y fuera de la comunidad por lo que el acceso a la biomedicina está restringido por voluntad propia.

Por otro lado, está Maywa y su esposo, quienes tienen acceso a la seguridad social y por su nivel de ingresos, incluso en algunas ocasiones han optado por un médico privado.

Hay otras historias familiares que les acercan más a la medicina occidental como Litza y Mayen que mantienen lazos de consanguinidad con los TAPS, lo que les permite de alguna manera acceder de manera más rápida a los servicios de la biomedicina, por ejemplo, a los medicamentos. Por su relación con los TAPS, serían de las personas que más acuden a la medicina occidental.

“Mi hermano sabe traer así los medicamentos.” (Litza_B_22)

“Pero el mejor, el mejor, dicen quieren que vaya al hospital. No se quiere así dar a luz así es que ya ellos ya dicen hospital, mi primo [TAPS], tiene nunca te lleva.”
(Mayen_B_27)

También en el caso de Blanca, esta explicaba que casi no suele acudir a la medicina occidental, ya que con su marido hacen uso de la medicina tradicional.

“Yo casi trato no ir, no se ha usado la medicina occidental, mi esposo (...) tiene el cultivo de plantas medicinales y yo también asiste a talleres para aprender.”
(Blanca_B_29)

En el caso de Sisa, al ser menor de edad, las decisiones en cuanto al cuidado de la salud personal y de su hija dependen directamente de su madre, quien hace una combinación en remedios caseros diciendo entre medicina occidental, medicina tradicional indígena y medicinas alternativas.

Aunque las mujeres son las que en la mayoría de las veces ejercen la atención y cuidados dentro del hogar, existen ciertas circunstancias donde dependen de la decisión de conocidos, amigos y familiares.

“Me llevaron porque a que no vas a poder decían, por eso sino vas a morir por eso me llevaron. Los anteriores partos normal en casa (...). Claro, sí, mis familiares conocían [hospital público vecinal] por eso llevaron y más cerca también. Si, sí, sí.”
(Nuna_B_24)

“(...) no podía darle luz y por eso me llevaron al hospital. Pero no me gusto, porque a veces le hablan a uno y ahí con dolor no sé entiende.” (Blanca_B_29)

A nivel de cierre, de este apartado de los “Condicionantes de la trayectoria de atención”, se ha podido presentar un panorama general de cómo las madres actúan frente a los padecimientos de acuerdo con ciertas características socioeconómicas del grupo familiar, así como el rol como mujer y cuidadora que ejerce dentro del hogar.

Se puede decir que las decisiones que toman las madres durante la trayectoria de atención están influenciadas por sus condiciones socioeconómicas, así como sus historias familiares, la estructura de sus familias, la función que ejercen como mujer dentro del hogar, el tipo de padecimientos la evaluación de los servicios, a través: de la eficacia curativa, la formación de los profesionales, la infraestructura y servicios que pueda prestar un centro de atención. Finalmente, no todos estos influyen en todas las mujeres, ya que son condicionantes particulares a la realidad de cada madre.

5.1.4. Dinámicas familiares de cuidado

El papel de la mujer indígena en la comunidad está dado principalmente por el rol tradicional de madre y esposa⁵¹. Entre las funciones de la madre se ubican principalmente el de cuidadora, aspecto particularmente evidente durante la atención y cuidado de la salud familiar. Sin embargo, para llevar a cabo estos cuidados, esta es acompañada, favorecida, asesorada y en ocasiones suplantada en su rol, por algún miembro del grupo familiar —madre, hermana, esposo— y/o redes sociales de apoyo —vecinas—. Sus acciones de atención y cuidado pueden ser con participación directa o indirecta de otros miembros de la familia, su grupo social y la comunidad.

En esta investigación, las madres participantes, formaban parte de familias extendidas, por tanto, constituirán una especie de subcomunidades dentro de una misma comunidad o redes sociales familiares. Para Menéndez (1992) el grupo doméstico y las redes sociales es donde se dan las interrelaciones de los distintos modelos médicos —hegemónico, alternativo

⁵¹ En este sentido y teniendo en consideración a Moore (2009) es importante destacar cómo las imágenes, características y conductas normalmente asociadas con la mujer y con el hombre, tienen siempre una especificidad cultural e histórica (Moore, 2009). Y siguiendo con autoras clásicas mencionar que asociado a mujer y feminidad se desprenden toda una serie de estereotipos de género que dependen del concepto “madre” y de las actividades concomitantes asociadas a la misma (Moore, 2009) y que tienen que ver con las tareas domésticas, el cuidado y la crianza (Rosaldo, 1974). Tareas consideradas “naturales” en la mujer, derivadas de su función biológica y reproductora (Otner).

subordinado y el de autoatención— tanto en sus representaciones como en sus prácticas sociales.

Para las madres, sus prácticas de atención y cuidado materno se desarrollan sobre una serie de elementos que se pueden encontrar a nivel intra y extra-doméstico, donde participan miembros del grupo familiar, sus redes sociales, yachaks⁵², parteras⁵³, curadores vecinales, los profesionales del modelo hegemónico. En algunos casos, ciertos miembros del grupo familiar o de sus redes sociales, tienen una participación más activa que otros.

La interacción, el apoyo y el rol familiar durante la trayectoria de atención son aspectos que se describen a continuación.

En la investigación, se evidenció que, dentro de las dinámicas familiares del cuidado, los niños/as merecen especial atención, sobre todo, en el caso de los menores de cinco años o lactantes. Estos niños/as, nunca se quedan solos y están en vigilancia directa de la madre, la abuela o de un hermano mayor —que puede estar entre los 9 años o más—. En casos de enfermedad, el cuidado siempre está a cargo de la abuela o la madre, aunque hubo casos como el de Maura donde el abuelo tenía responsabilidad en el cuidado, ya que él era el encargado de preparar las aguas de hierbas para sus nietas —además siempre estaba pendiente de controlar los cambios en el cuerpo como la fiebre—. Por otro lado, para las madres, la asistencia a alguna de las instancias de atención está condicionada por lo que saben sobre las experiencias que ha tenido un familiar o un miembro de sus redes sociales.

⁵² Yachaks, con múltiples funciones y conocimientos, conocen la medicina ancestral, diagnostican y atienden distintas afecciones ya sean del cuerpo o espirituales, conocidos como hombres de sabiduría.

⁵³ Parteras, mujeres que se encargan del control del embarazo, diagnóstico problemas en el embarazo, ayudan y acompañan en la labor de parto, acomodar al recién nacido y proporcionar los primeros cuidados.

“Sí, si acordamos a veces así, mi mami si dice de estas plantas se hace bueno, y nosotros vuelta hacemos poco, poco, si hacemos, pero yo de mis hijos por mi parte, como mi mamá, si mejor confío.” (Maura_B_28)

“Claro, sí. Mis familiares conocían [hace referencia a parto en otra localidad] por eso fui. De ahí a ningún lado, mi mamá sabe hacer agüita de remedio”. (Sisa_B_16)

“Claro, pase llorando a mis hijos pues [hace referencia a cuando fue de parto al hospital]. Mi mamá los cuidaba, mi esposo estaba en el trabajo pues en Latacunga.” (Nuna_B_24)

Una vez me han (...) dos veces me han ayudado, pero dice, yo igual forma a veces cuando dicen para cualquier dolor hay de esas plantas, pero cuando dicen, pero yo no conozco las plantas cuales son, eso también no, no, no puedo hacer yo misma pero no le han hecho así. Con eso cuando no han podido he salido donde cualquier otro médico (...). (Maywa_B_38)

Las abuelas debido a su experiencia y conocimientos acumulados —por la edad y por el número de hijos que debieron cuidar—, les es más fácil detectar las causas de un padecimiento, por lo que enseñan a las madres sobre cómo evitarlos y promueven a ciertas actividades de prevención —cómo llevar al niño/a los controles, abrigar o cubrir al niño/a del frío e incluso vacunar—. También las abuelas, son quienes más fácilmente reconocen los signos o síntomas de un padecimiento y sus complicaciones. En la trayectoria de atención las abuelas se encargan, principalmente, de elaborar y preparar los remedios caseros. No evidenciamos en ningún caso recomendaciones de fármacos de patente, como sí pasa en el caso de otros miembros de familia —como los hermanos de la madre o algún otro miembro de las

redes sociales de la madre—. Por tanto, las abuelas se convierten en la persona con más experiencia en la atención y cuidado de la familia.

Sí. No, mi mamá cuida, da así comida a mis guaguas [niños/as o hijos/a] así, así lavar, hace lavar manos. Sí, mi suegra también sabe hacer agüita de remedios. Sí, mi suegro también no sé pero que nomas harán haciendo y traen para todos, trae preparado. Yo solo así sí, de tomar. (Anahí_B_25)

“Mi mamá. Mi mamá siempre sabía llevar (...), al subcentro, en mi primer hijo. Claro, ella está pendiente y sabe cuidar.” (Nuna_B_24)

Tanto la madre como la abuela o hermana tienen un rol importante en el cuidado. Sin embargo, en seis casos se pudo apreciar que el rol que juegan los padres o abuelos es dinámico, también son responsables de transmitir el conocimiento o de cuidar, aunque en ocasiones no son los directos responsables de la atención, su participación sí es activa.

“Mi mamá estaba recién ella aquí, ella más ayuda. Sí, de ahí mi esposo también (...), él sólo ayuda (...).” (Dayami_B_40)

“Así de primer hijo con mi mami y con mi papi, así y con mi esposo. A veces solo él. Sí, a veces ni llega ni partera también no (...).” (Nelli_B_42)

No, él [se refiere a su esposo] sí sabía cuánto falta de alimentos, cuando se está con dolor de cabeza o mareo, así está diciendo que esté preparando, él sabe aguas [remedios caseros con hiervas]. Mi mamá sabe de las plantas y también sabe todo, mi suegra también por eso ha enseñado a él (...)

(...) Con mi papá estaba en la casa, con él, ni con él cierto no estaba, mi tía había ido a la casa. Él fue a buscar partera por camino ahí está. Después llegó mi tía y antes de casi llegar ya estaba libre. Mi hermana sabía cuidar a la primera [hace referencia a hija] cuando a mi toco ir por el segundo al hospital. Pero cuando estamos así mal (...) nosotros así mismo hacemos. Así mismo, mis padres así mismo saben de cualquier cosa, de no está tanto enfermo. (...)

(...) Mis papás ayudan los dos sabe, siempre ayuda, pero ahora. El último parto fue solita, no alcance a llamar. Él [señala al esposo] ayudó (...). (Anahí_B_25)

Y aquí como en mi persona y mi esposo, como es mí, cómo desde pequeño ha aprendido a cocinar, lavar, cualquier cosa, siempre estar apoyando, ayudando cuando enferman mis hijos, vuelta él también preocupa o hacemos como nosotros hacemos agüita casera de campo. Con eso entre dos mismo estamos haciendo si cuando está aquí, sí siempre sabe ayudar cualquier cosita, da viendo a veces los hijos (...). (Blanca_B_29)

Mi abuelo sabía vivir aquí. Él sabía hacer todo plantas medicinales aquí nunca sabia ir a hospital él cuando, él sabía todo cómo curar, tenía plantas, todo tipo de plantas tenía él y huerto. Entonces con eso él sabía ir juntar para viendo depende de enfermedad que es (...). (Asiri_B_30)

Las redes sociales y familiares ayudan y colaboran en diversos temas, uno de estos el que nos atañe, el de salud. Por ejemplo, facilitan un medio de transporte, o van a buscar a la partera o al Yachak, recomiendan algún tipo de atención —ya sea del sistema biomédico o

folk/alternativo—, incluso hacen recomendaciones en base a sus experiencias sobre tratamientos; ya sea de plantas o medicación. Y, en algunos casos específicos, se pudo evidenciar —durante las observaciones— que incluso les facilitan la medicación, o preparan los remedios naturales en base a plantas.

También las redes familiares y sociales de apoyo transmiten creencias sobre el sistema de salud biomédico.

“Cuando estaba así enferma la Sra. C. [hace referencia su prima] llevó al naturista en Latacunga, ella ya ha conocido entonces fue llevando (...).” (Maywa_B_38)

“Mejor no vamos al subcentro solo cuando ya no sé puede mismo, porque los mayores así dicen que eso solo es calmante, y no cura de verdad, mejor aquí mismo nosotros nos curamos.” (Asiri_B_30)

Dentro de las dinámicas familiares en la comunidad, destacamos a los técnicos de atención primaria de salud (TAPS), por los vínculos de consanguinidad especialmente que mantienen con los miembros de las comunidades. Estos son consultados con frecuencia e influyen en las decisiones y en la trayectoria de atención que siguen las madres. Esta influencia se debe a que, a nivel comunitario, existe confianza al ser conocido o al ser familiar y es visto cómo una persona preparada —es decir que ha realizado estudios en el campo de la salud— y por tanto como autoridad en términos de salud. Durante la observación pudimos evidenciar que los TAPS juegan un papel fundamental en la trayectoria de atención ya sea porque recomienda ir al centro de salud o al hospital o porque él mismo gestiona con la ambulancia y por ejemplo los lleva cuando deben ir a dar a luz. Así mismo por la relación con el centro de

salud les ayuda con la medicación y les evita tener que ir por lo que él calificaría como un padecimiento leve.

“Cuando ya está enfermo, ya este, sé avisar a mi hermano [su hermano es un TAPS] de, él ya sabía cómo hacer, sí al centro de salud, y a veces él sabe traer [se refiere a que el TAP lo gestiona y lo lleva a su vivienda]. Conversando y a veces él tiene en casa de él, (...).” (Litza_B_22)

Cabe destacar que el rol de los TAPS en ocasiones está alineado al sistema médico occidental, pues sus recomendaciones y acciones van en esa línea. Cómo, por ejemplo, ante la probabilidad de parto, ellos pueden recomendar ir al hospital dónde se practica el parto reconocido como práctica segura. Otra cuestión que se evidenció en el trabajo de campo fue, que los TAPS —en el uso y entrega de medicación—, tienen una función mediadora entre los ~~dos~~ sistemas/modelos —el biomédico, el tradicional indígena y el de autoatención— y parte de la intención de incorporar la medicina tradicional a los centros de salud —tal y como lo estipula el MAIS-FCI—.

A modo de síntesis, los saberes de las madres se producen y se activan en contextos socioculturales definidos, como son la familia y la comunidad. El grupo familiar —nuclear o extendido— o redes sociales —vecinos y otros que no incluyen a personal médico profesional—, juegan un papel fundamental en la trayectoria de atención de las madres. Coincidimos con Menéndez (1984) cuando señala que los saberes y prácticas son instrumentados y transformados socialmente en la familia o comunidad. Para Menéndez, (1984) el modelo de autoatención se desarrolla en el interior del grupo familiar y de las redes sociales de apoyo, incluyendo una serie de actividades orientadas a curar o prevenir el padecimiento.

En este sentido, el primer nivel de cuidado es operado por un miembro de la familia — que, en la mayoría de los casos, es una figura femenina— como la madre, la abuela, la suegra o una tía. Sin embargo, el abuelo o esposo también juegan un papel importante, ya sea como cuidador o como encargado de administrar la medicina tradicional o popular. Incluso como sucede en el caso de Asiri (Asiri_B_30) el abuelo o el padre, pueden llegar a ser la persona que más conocimiento sobre medicina popular o tradicional indígena posea.

En cuanto al conocimiento y experiencia las abuelas, éstas son las mujeres que por sus años tiene mayor experiencia y conocimiento, por lo que la madre consulta y les confía el cuidado a ellas. Las abuelas, son las que indican cómo cuidar al enfermo e incluso educan sobre las actividades orientadas a prevenir un padecimiento. Por ese motivo, las experiencias y comentarios de éstas tienen validez para las madres de familia.

5.2. La atención que se refleja en el paramo⁵⁴

En este segundo apartado de los resultados, se pretende describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que se dan en la atención que proporciona el equipo de salud a la población indígena —focalizando especialmente en los procesos de atención materno-infantil—. Este segundo apartado, se complementa con el análisis de las narrativas de las madres indígenas sobre sus representaciones y prácticas maternas de cuidado y atención. Por este motivo, ahora corresponde describir y analizar las representaciones de los actores que se encuentran del otro lado de la relación intercultural, refiriéndonos tanto al personal de salud no indígena (PSnI), como al personal de salud indígena —los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS)—.

⁵⁴ Los páramos son ecosistemas de montaña que se desarrollan por encima de los bosques andinos, a alturas que pueden ser superiores a los 3,000 metros sobre el nivel del mar

A lo largo de este apartado se pretende analizar cómo se pone en práctica el enfoque intercultural en el contexto del MAIS-FCI en Chugchilán (Ecuador) a través de los conocimientos, actitudes y prácticas que aplica el equipo de salud en la atención materno-infantil.

Se empezará por el personal sanitario no indígena (PSnI) y se continuará con el personal sanitario indígena (TAPS). Cada grupo de profesionales, parte de enfoques diferenciados que plasman la realidad del modelo biomédico y que tienen sus raíces culturales, su formación y experiencia, etc. Un aspecto significativo de los resultados es que las narraciones se basan en las percepciones y experiencias del personal de salud con los diferentes usuarios indígenas del centro de salud de Chugchilán y solo en momentos específicos se centran en encuentros con madres indígenas —un aspecto que denota la generalización sobre la cultura indígena—. Durante el trabajo de campo se les hizo seguimiento tanto en sus acciones intramurales —dentro del centro de salud (CS)— como extramurales —desplazamientos fuera del CS para prestar atención a las distintas comunidades—.

5.2.1. El personal de salud no indígena y el modelo biomédico

Los temas que se abordarán con respecto al PSnI serán: Relación lingüístico-cultural; Transmisión de la información salud/enfermedad; Prácticas maternas de atención; y La competencia y la formación intercultural del equipo de salud.

5.2.1.1. Relación lingüístico-cultural

La atención intra y extramural refleja la relación del personal de salud y la comunidad, basándose fundamentalmente en la capacidad de comunicarse unos y otros.

El PSnI del CS de Chugchilán percibe la comunicación como una dificultad en la atención y cuidado a los pacientes/usuarios indígenas. La raíz de las dificultades en la comunicación sería principalmente el idioma y los niveles de escolaridad de la población indígena. Por un lado, el PSnI no habla “kichwa” —quichua o quechua en castellano— y por el lado indígena se encontró que existía un grupo que no habla castellano, otro que lo habla, pero no lo domina, pese a que la mayoría de población es bilingüe —hablan castellano y quechua—; y por último un grupo que tenía dificultades para entender e interpretar la información debido a los diferentes niveles de escolaridad.

(...) lo principal uno la barrera del idioma y otro la cultura, o sea nosotros (...) Yo, al menos yo, yo he estado en otras partes rurales trabajando como médico, pero aquí es muy distinto (..) Yo de quichua, no sé, algunas palabritas, que nos han enseñado, (...) A veces sí es difícil entenderles, hasta cuando nos hablan español, parece que no dicen bien algunas palabras y no se entiende, ahí nos toca llamar a los TAPS.
(Jorge_MED_27)

“(...) existen algunos inconvenientes aquí en cuanto a la consulta médica al tratar con la población, (...) el problema es que no hay, hay una falta de educación (...)”
(Oscar_MED_26)

No obstante, desde la ambigüedad que implica la relación cultural y la propia práctica médica, el PSnI muestra frustración debido a que no disponen de autonomía durante la entrega de la información, ya que dependen de los técnicos de atención primaria de salud (TAPS) para que llegue la información sobre una receta y otras indicaciones.

“(…) yo sí creo que no entienden lo que les decimos, y uno se desespera para hacernos entender, entonces llamamos al TAP (…).” (Rocio_ODON_25)

Nivel

Así mismo el PSnI reconoce, también, algunas diferencias culturales que determinan principalmente la sociabilidad. Esto es debido a aspectos que tienen que ver con la forma de hablar y expresarse el PSnI, ya que provienen de otros lugares del país y que son diferentes a los de las comunidades de Chugchilán.

Entonces como que viene alguien de otro lado y que es así, es directo con esa persona, como que, si les incomoda, sí se nota, se nota, porque en la sierra [refiriéndose a la zona de los Andes] en general son más, más callados, más herméticos, nosotros somos más espontáneos en lo que es la costa, pero sí es eso, es lo bueno de nuestro país, que hay bastantes culturas y que se puede mezclar y que se puede convivir porque al final yo he logrado acostumbrarme, he logrado convivir a pesar de todas las diferencias que hay. (Santiago_ENF_25)

Pero, al mismo tiempo aparecen dos nuevas condiciones que dificultan aún más la comunicación. La primera que el personal de salud usa un lenguaje técnico biomédico, lo que dificulta la comprensión por parte de las personas indígenas. Y la segunda, que el PSnI tampoco busca extenderse en la explicación o educación médica, ya que consideran que las personas no les comprenden, atribuyendo de nuevo este hecho al nivel educativo del paciente.

(…) existen algunos inconvenientes aquí en cuanto a la consulta médica al tratar con la población, (…) el problema es que no hay, hay una falta de educación, especialmente en personas mayores (…) que no, no saben, no saben escribir, no saben firmar, no saben leer. Y es difícil no sólo la comunicación con ellos, sino también que nos entiendan los

tratamientos, los motivos por los cuales mandamos los tratamientos o cómo deben tomarlos. (...) pero ya le digo, es más que todo cuando mandamos un tratamiento que explicamos como tomar, mandamos la receta escrita, pero no, o sea sabemos, yo sé que no me entiende. Yo sé que a pesar de que llame a un TAPS y le explica, sé que no, no me entiende porque luego les pregunta y no saben. (Oscar_MED_26)

(...) entonces las madres que son analfabetas casi desconocen (...) como los iniciados médicos [médicos jóvenes y novatos] hablan en español, casi ellos no le toman en cuenta, casi no explican, entonces cuando nosotros explicamos en nuestro idioma entonces ellos otra vez, recapacitan y entienden. (Pablo_TAPS_34)

En esta misma línea hay una imagen de lo indígena como del no saber y no entender, por la falta de educación. El proceso de comunicación es complejo y éste se ahonda con los prejuicios o estereotipos que se puedan tener sobre las diferencias culturales, pensadas y construidas desde los ámbitos de poder.

Yo pienso que enfrentarse con una sociedad normal, con una sociedad no normal, perdón me exprese mal, con una sociedad de la ciudad versus a lo que pasa en la parte rural y versus lo que pasa porque la parte rural ya es difícil, pero es mucho más difícil cuando hay barreras y conflictos en lo que es el lenguaje y en las creencias. (Jorge_MED_27)

“(...) no siempre se puede explicar todo, porque ellos no, no, nos entienden, no se puede explicar como si fuera una persona que entiende bien.” (Mayra_OBST_26)

El PSnI, después de los primeros encuentros con lo “extraño” o lo “diferente”, como se evidencia en algunas de las narraciones, se vuelven más atentos a los temas culturales de las personas indígenas. Como por ejemplo el realizar algunas adaptaciones en la comunicación, especialmente durante la educación para la salud por parte del personal médico enfermero.

(...) he tenido que cambiar, creo que es un poco la lengua, expresarme con cuidado de ahí no he tenido que hacer nada (risas). Creo que no sé hablar con no hablar con palabras muy técnicas al punto de, de, explicarle algo, creo que en ese sentido eso no más, de ahí no más. Si es como querer decir ósea decir esputo o no me tienden, ahí hay que decir salibado, gargajo o algo así (...). (Nora_ENF_24)

5.2.1.2. Transmisión de la información de salud/enfermedad.

Además del aspecto lingüístico, también se reparó en cómo el modelo médico ha permeado la actividad propia de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir reparamos en cómo y qué información se transmite a los comuneros, —especialmente a las madres— con el objeto de promover las actividades del CS. Usamos la palabra información para hacer una referencia más concreta, pero nos referimos a la educación para la salud como actividad propia de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A partir de las observaciones participantes y las narraciones, se pudo evidenciar que la información que comparte el PSnI con y hacia las personas indígenas, se transmite de forma incompleta, indirecta y de forma unidireccional —del médico/profesional salud al paciente—. Por otro lado, una parte importante de las indicaciones e instrucciones —el PSnI— se las delegan a los TAPS, propiciando así que el encuentro cultural no llegue a establecerse. Este fue el caso de Jorge (Jorge_MED_27) —en una escena que se observó— quien después de la valoración, le explica a la madre que tenía la garganta inflamada y rojita, entonces saca de su

mochila unos medicamentos y le explica al TAPS como debe tomar Nuna (Nuna_B_24) esa medicación. Acto seguido, Jorge, le toma algunos datos para llenar un formulario y sale de la vivienda. En ese momento, Nuna (Nuna_B_24), habla con el TAPS sobre dudas de la medicación: para qué es y por qué debía tomarla.

Por otro lado, desde la percepción biomédica, los saberes maternos/indígenas serían teorías no fundamentadas y por tanto erróneas, por lo que se busca convencer y concienciar a la madre con base en los saberes —conocimientos, discursos y prácticas— biomédicos. Es por ello que, en ocasiones, el PSnI usa diversas formas de persuasión para inducir a las madres y padres a vacunar a sus hijos/as. Algunas de estas formas suelen ser: manifestando que si no lo hace “*pierde el bono*” —beneficio económico que otorga el gobierno— o recalando en el riesgo de enfermedad o muerte. Sin embargo, el PSnI reconoce que es una estrategia errónea, pero sí una estrategia que les permite llegar a las metas establecidas por las autoridades sanitarias, en cuanto a vacunación.

Los padres piensan que ahí se les está poniendo, piensan horrores, piensan que el gobierno les está poniendo un chip para tenerles controlados. O sea, yo he escuchado a un montón de teorías que tienen los papás de por qué no les quieren vacunar, entonces nosotros les convencemos ‘Vea, si no le pone la vacuna y le coge esa enfermedad, se puede morir su hijo’. Y en cierto punto juega bastante aquí la psicología de cómo uno le trata el paciente. Porque nosotros tenemos que cumplir y sabemos que la vacuna está bien y que ese niño no se va a enfermar si es que le ponemos la vacuna. Entonces, ¿cómo llegamos a ellos? no sé si es que esté bueno (risas) o malo decirlo, pero les decimos en cierto punto como, que si es que no le vacuna y no cumplimos lo que dice el ministerio y sus cartillas no están completas, ‘no le van a dar el bono’. Muchas de las personas de aquí por su condición socioeconómica, porque son familias de doce, catorce hijos, dependen del bono para subsistir, para comprar sus cosas básicas,

comprar útiles o lo que sea. Entonces decimos, ‘vea esto es indispensable para que entre la guagua [niño/a] a la escuela’. O le van a quitar el bono, le van a hacer problema a los del ministerio. En cierta parte ponemos como enemigos externos ahí para llegar al padre de familia, abuela, la mamá y que haga conciencia. Entonces ahí recapacitan un poco. Pero nosotros internamente sé que está mal porque les estamos mintiendo, porque eso no es verdad, pero es la única manera de llegar, porque yo sé que si es que no le pongo ese niño va a tener problemas, puede caer alguna enfermedad, se puede morir es por bienestar de ellos. (Oscar_MED_26)

En este proceso de persuasión, los TAPS juegan un papel importante ya que al pertenecer a las propias comunidades son considerados personas de confianza por los comuneros. Son los TAPS quienes deben informar sobre los beneficios de las vacunas u otros programas y derrumbar las ideas preconcebidas por las madres o comuneros, para este objetivo la comunicación en su idioma es importante, de esta manera lograrían convencerlos y hacerles “entrar en razón”.

[con referencia a las vacunas] Este se trata de seguir comunicando, se trata de seguir insistiendo, de seguir diciéndole sabes qué. Esto es importante por esto. Esta vacuna sirve para proteger de esta enfermedad, ehh los beneficios de la vacunación, si es que le da fiebre en la noche, es por esto, por esto y por esto, no se vaya a preocupar. Ha habido dos pequeños casos en la que a un niño se han complicado, pero es externa, son cosas externas de la vacunación, pero ellos [refiriéndose a la comunidad] las atribuyen a la vacunación. Entonces tratar de comunicarles, de insistirles, de decirle esto está la vacuna, es importante, trata de hacerles llegar porque más que nada la forma de hacer llegar con ellos es la comunicación. Y mientras haya alguien de su de su comunidad, perdón, de su, de su cultura, de una u otra manera los hace entrar en razón, porque si

bien, voy yo solamente con mi termo de vacuna a vacunarles me van a decir que no, me van a decir que no, entonces, pero con los chicos, los chicos TAPS con ellos sí, sí se llega a vacunar a la a los niños igual dentro de lo que cabe, y eso. (Santiago_ENF_25)

Entonces eso por ejemplo en vacunación mismo, más antes era difícil convencer a los padres y madres familias. Ellos cuando nosotros llegábamos a la casa sabían decir que mejor vacunar hacía mal, mejor mi hijo veve [vive] sin vacunar, mejor veve [vive] bien, cuando vacuna mejor mi niño enferma y así tenían sistemas, también ha sido poco, cómo digo falencia que hemos tenido tanto personal de salud hacia la comunidad, pero estamos incentivando a la gente. (María_TAPS_28)

Así mismo, en cuanto a los programas de planificación familiar, se pudo evidenciar que a las madres se les entrega información de forma parcial, ya que el PSnI solo menciona los métodos que están en la cartera de servicios —implante hormonal, anticonceptivos orales—, pero sobre todo se hace énfasis en aquellos que se encuentran cerca de la caducidad (NO). Por tanto, la información proporcionada no busca explicar a detalle el método y menos resolver dudas. En una ocasión, Mayra (Mayra_OBST_26) —Obstetra— visitó a quien llamaremos María —mujer que fue visitada durante el trabajo extramural— quien recién había dado a luz. Mayra le dijo a María que tenía que tomar las pastillas —anticonceptivas— y que el miércoles debía bajar a colocarse el implante —hace referencia al DIU—. Luego de discutir con el TAPS, Mayra (Mayra_OBST_26) se fue sin dejar en claro a la madre para qué servían, ni tampoco porqué debía bajar al centro de salud. El TAPS, al conocer muy bien el proceso para la aplicación del implante le explicó a la madre como debía tomar las anticonceptivas previó a la colocación del implante. María le dijo al TAPS que el miércoles no podía, porque debía cuidar

a sus niños y además expreso si *'las pastillas no harán mal'* [refiriéndose a si le podían afectar a ella o al niño/a].

Otros ejemplos de las resistencias que muestran algunas mujeres al uso de métodos anticonceptivos, los relataba así (Mayra_OBST_26):

(...) si se dificulta un poco, porque cuando yo ya salgo a ver a la paciente la casa es porque no quiere venir entonces, para que yo le salga a ver y envuelta en el posparto no, no desean planificar, por más que les explico les indico los riesgos que hay cuando uno se embaraza muy seguido no quieren, no quieren, no quieren entonces si es un poco difícil en ese aspecto (...)

(...) por sus costumbres saben de qué no deben cuidarse, que, o sea, ellos aplican más o menos la anticoncepción del método del ritmo [controlar el ciclo menstrual y de días fértiles/no fértiles]. Cuentan los días, pero a veces le fallan y se ven embarazadas. Por eso tengo embarazadas de alto riesgo con 43, 44 años. Por esa razón. Porque no se cuidan cuando deben cuidarse, pese a que les educamos, a veces toca ponerse ya fuerte. Porque ellas dicen que no, que eso para que, no hay nomás, y se niegan al anticonceptivo. (Mayra_OBST_26)

Por ende, a través de la información que se transmite y como se la transmite, los programas de planificación familiar algunas veces pueden parecer impuestos por el personal de salud, ya que las mujeres no tienen suficiente información que les permita decidir —elegir o negarse— sobre el método. Por otro lado, en cuanto a la prevención y promoción de la salud el PSnI actuaría desde un aparente desconocimiento del proceso salud, enfermedad, atención-prevenición de las madres, en cuanto a que no consideran los aspectos sociales y culturales de la vida de la persona, para establecer recomendaciones ya que estos influyen en el curso que tenga el cuidado o tratamiento.

Desde las observaciones y narraciones hemos podido evidenciar que la mayoría de las acciones extramurales —en la atención primaria de salud (APS) de Chugchilán—, se centran en la educación para la salud y se basaban principalmente en la educación sanitaria higienista⁵⁵ que le permite al personal de salud establecer modelos comportamentales adecuados, desde la percepción biomédica.

O sea, por lo general. O sea, si se habla mucho de la higiene, de qué debe o sea darles si es que le van a dar agua hervida los alimentos que se laven antes de consumir, que o sea el niño también debe cepillarse los dientes, deben bañarlo (inaudible) siempre.
(Nora_ENF_24)

Y que en la época del COVID-19 esta información sobre medidas sanitarias fue prioridad y en ocasiones fue percibida como un reto por el personal de salud por las barreras y conflictos que fueron evidentes a partir de las distintas creencias —tanto por parte del equipo de salud como por parte de la comunidad—.

[con relación al COVID-19] De hecho, se nos hace bastante difícil explicarles, porque las personas piensan que no hay el virus por, por todo lo que ellos piensan y que esto sí ha sido un reto para nosotros. Que el hecho del uso de las mascarillas para personas que nunca, nunca han visto lo que es el alcohol o la función para qué sirve y tratar de ponerles y que se pongan mascarilla y ‘me ahogo’ y entonces enfrentarse. Yo pienso que enfrentarse con una sociedad normal, con una sociedad no normal, perdón me exprese mal, con una sociedad de la ciudad versus a lo que pasa en la parte rural y

⁵⁵ La promoción de prácticas higienistas es una oleada que se ha venido reproduciendo en las distintas políticas públicas de América Latina (Menéndez, 2006), y que se acompañan de las representaciones —conocimientos, valores, creencias— construidas por el personal de salud, a partir del modelo biomédico en la educación superior. Desautorizando las prácticas indígenas con frecuente desprecio por otras formas de higiene y cuidado de la salud indígena (Carrasquilla Baza, & Pérez Quintero, 2018; Dias-Scopel, & Scopel, 2019; Teixeira & Silva, 2015).

versus lo que pasa, porque la parte rural ya es difícil, pero es mucho más difícil cuando hay barreras y conflictos en lo que es el lenguaje y en las creencias. (Jorge_MED_27)

En este contexto, la prevención y promoción de la salud a través de la educación para salud, no se presenta como un dialogo intercultural donde confluyen los saberes — conocimientos y prácticas— biomédicos e indígenas. La prevención y promoción de la salud, se basa de forma literal en la “entrega de la información” que además se caracteriza por ser indirecta —a través de los TAPS—, parcial —no se profundiza ni se amplía la información—, unidireccional —no hay búsqueda del dialogo con el otro—, impuesta y como eje transversal el enfoque curativo —se prioriza el diagnóstico, enfermedad y tratamiento—. Lo que al final puede representar en una relación asimétrica, conflictiva y una visión reduccionista de la persona, desde la posición hegemónica de la biomedicina.

5.2.1.3. Prácticas maternas de atención

Para poder responder a cómo se presenta el modelo biomédico en el centro de salud, es importante hacer un recorrido por sus representaciones —conocimientos y percepciones— con respecto al saber —conocimientos y prácticas— materno indígena. Entonces describimos qué tanto conoce el PSnI —cultura occidental, biomédica— del otro —cultura indígena—. Para describir cómo el PSnI ha construido el significado sobre el paciente indígena durante su experiencia de atención y cuidado se mostraran argumentos que son comúnmente señalados y sacados a la luz por el PSnI, como: la percepción de lo indígena; la concepción de la salud; apreciaciones sobre la medicina ancestral o popular; la preferencia y elección del tipo de tratamiento, la continuidad e interrupción del tratamiento; la autoatención, automedicación y combinación de tratamientos; las prácticas maternas de riesgo; y las prácticas preventivas.

La percepción de lo indígena

De forma general, para el PSnI, el indígena es visto como un grupo desconocido, ya que en repetidas ocasiones señalan que no los conocen y que no han profundizado en sus formas y estilos de vida y que su primer acercamiento se da muchas veces durante esta práctica profesional —refiriéndose al “año rural” —. Para ellos, la comunidad indígena mantiene prácticas, costumbres y creencias muy arraigadas, que parten de ideas totalmente distintas a las de la cultura occidental-biomédica, cómo podría ser: la fe en los curadores de medicina ancestral; creencias sobre la naturaleza, etc. En este sentido, el PSnI, percibe estas creencias como erróneas, con falta de rigor científico, pero además y sumado a esto, consideran que la comunidad indígena son personas con un nivel educativo inferior. Por otro lado, el PSnI, especialmente en el ámbito de la salud, consideran que hay un abismo entre lo que aprendieron en la universidad y la realidad en el territorio, ya que esta es totalmente distinta al contexto del que proceden.

(...) ehh, toda mi vida pasé, o sea, viendo, viendo en las noticias que sí, los indígenas de vez en cuando en ciertas partes, pero conocerlo realmente a profundidad, conocer la cultura, conocerlos cómo viven, qué hacen, qué actividades económicas tienen y especialmente con lo que nos compete a nosotros como Ministerio de Salud Pública, con lo que es salud. Sí, choca bastante, muchísimo, por lo que uno aprende en la universidad versus lo que uno hace enfrente, en territorio. (...) Aquí hay muchas creencias, muchas tienen mucha fe en la naturaleza, en personas de sabiduría, como son las parteras, como son los Yachaks y que bueno, realmente fue una experiencia distinta.
(Jorge_MED_27)

(...) tenía una idea totalmente distinta y ahora me di cuenta de que son muy, muy arraigados a sus costumbres, a sus creencias, o sea, a todo lo que conlleva lo que es la tradición indígena entonces como indígenas, la verdad son cosas buenas, o sea dentro también de las limitaciones, sabemos que igual hay gente aquí que no tienen la instrucción académica que nosotros tenemos, entonces no, no se pueden entender de maneras adecuadas, pero dentro de lo que cabe sí que se trata de entendernos. (...) porque en la sierra igual son, sí en general en la sierra [región de los Andes ecuatorianos] son más, más callados más herméticos, (...) aquí la gente es muy, muy amable y respetuosa, hay sus excepciones, como en todo (...) Entonces, cómo le digo, la gente indígena es bastante de costumbres y una de sus costumbres es respetar bastante. (Santiago_ENF_25)

Concepción de salud

Para el PSnI, las madres tienen una percepción básica de salud, que se contrapone a lo que apreciamos en las narraciones de las mujeres donde más bien se conjugan una serie de elementos tanto orgánicos, como materiales, espirituales y naturales —“(...) *así cuando uno puede trabajar feliz, alegre cuidar los animalitos, ver la tierra, ver la siembra, cuando unos está enfermo no puede*” (Blanca_B_29) — para alcanzar el “bienestar” o el “estar bien”. Pero desde las representaciones biomédicas, la salud para las madres sería solamente el estado de ausencia de enfermedad y donde para estar saludables, la comunidad sólo focaliza en medidas como el uso de vitaminas, que las consideran necesarias para fortalecer el cuerpo. Y por otro lado, consideran que las madres no tienen una concepción adecuada de la salud porque en ellas, no aplican las medidas de higiene que se imponen desde el modelo biomédico.

(...) yo pienso que, o sea, ahí sí sería la también aquí tienen una, la definición la más básica de salud. La ausencia de enfermedad, aja. Y también, bueno, a la población aquí también le gusta mucho pedir agüita, cosas como vitaminas algunas inyecciones. No sé si será porque nosotros tal vez le hemos hecho pensar que necesitan ese tipo de cosas para estar saludables o si lo relacionan tal vez con su actividad, como por ejemplo con los con el ganado. Por ejemplo, el ganado, yo sé que le saben inyectar de vez en cuando antibióticos, desparasitantes o vitaminas. Entonces no sé, si es que ellos relacionan que, si está bien para el ganado también está bien para nosotros y por eso vienen a solicitar a veces específicamente alguna vitamina y cosas así. Por eso yo pienso que el concepto de salud aquí sería lo más básico, ósea, la ausencia de enfermedad. Tienen la idea de que las vitaminas está bien y es algo que todos debemos consumir para estar saludables, pero es algo que tienen ellos metidos aquí y que siempre piden, eso no debería ser así, porque no es verdad. (Paola_MED_25)

“No creo que tengan claro que es salud, porque si fuera así se cuidarían, seguirían las medidas higiénicas y así (...).” (Mayra_OBST_26)

Apreciaciones sobre la medicina ancestral o popular

El PSnI considera que el uso de plantas para tratar las enfermedades y padecimientos es algo propio de la cultura indígena, a estas plantas les dan distintos usos de acuerdo con el padecimiento. Reconocen como practicantes de este tipo de medicina a los Yachaks. Sin embargo, creen que este tipo de medicina no sería tan efectiva como la medicina occidental.

(...) lo que utilizan mucho son las, las hierbas que se conocen. Entonces ellos tienen para, para cada situación o pueden por ejemplo hacer una infusión o pueden ponerse en

contacto de la piel. Por ejemplo, muchas veces vienen a la consulta los pacientes con dolor abdominal, y llevan puesto las hierbas. O sea, estábamos una vez conversando con uno de estos hombres de sabiduría aquí fuera en el huerto que hicimos nosotros y él sabe de cada planta incluso. Entonces la percepción de la cultura que tengan eh por ejemplo, si le hago infusión, me sirve para un dolor de cabeza. Entonces te quedas loco porque cada planta, o sea, cada cosa tiene su función. O sea, tienen, son importantes para ellos, para la salud. (Jorge_MED_27)

Preferencia y elección en el tipo de tratamiento

Desde el sistema de representaciones del PSnI, la preferencia y elección del tipo de atención o tratamiento está determinada por varios factores —en este aspecto coinciden con las madres—. Estos factores identifican la preferencia entre una medicina u otra, un tipo de atención u otro, que en algunos casos será: por la proximidad —según la ubicación de la comunidad— al centro de salud; por la confianza y la costumbre, ya que existiría una mayor confianza en la medicina ancestral y una falta de confianza en la biomedicina —aspectos relacionados para ellos con experiencias anteriores—; y finalmente, que en las comunidades con mayor población indígena, por aspectos netamente de cultura y costumbre.

Más que nada por temas de economía y porque está más cerca, tienen más confianza, eso más que nada. Sobre todo, los que tienen más población indígena prefieren la medicina ancestral, a veces solo salen y ahí fuera de la casita y ahí ya tienen sus propias plantas. (Oscar_MED_26)

(...) primero la cultura de ellos, luego no se si por experiencias anteriores de ellos quizás algún profesional los trató mal, les habló de manera hiriente, los, O sea los ofendió, quizás ofendió su cultura, sus raíces (...). Si le dan a elegir entre esto y esto, prefiere

irse a la medicina ancestral. Eso para mí, o sea, yo creo que es lo que hacen. de ahí un porcentaje si viene a atenderse igual nosotros como médicos también vamos a buscarlas en sus casas, en sus comunidades, pero sí creo que prefieren quedarse en su casa, curándose con sus medicinas ancestrales, que los vea un curandero, que también vive en dicha comunidad, que una partera les atienda el parto, entonces gente de su confianza, porque como les digo acá, a lo mucho conoce a los chicos TAPS. Pero de ahí no confían en un médico. No es que confían cien por ciento en un profesional de salud, sino solamente, creo que ellos desean más, que los vea alguien de su propia comunidad a que los vea alguien que viene de otro lado, que no están alrededor su cultura. (Santiago_ENF_25)

Otro factor sería la calidad del síntoma o alteración, ya que, desde el conocimiento médico, las personas indígenas mantienen una elevada tolerancia al dolor, por lo que solo asisten al centro de salud cuando ya están muy enfermos o su nivel de dolor o malestar es tan elevado, que se ven en la necesidad de buscar otro tratamiento —ya que han agotado la opción de la medicina ancestral—. En esto coinciden con las madres *“Casi dos días cuando no sana mismo, voy al centro de salud, vuelta cuando así cuando pasan dos días a veces sabe sanar y ya esté sano, que puede caminar, ya tranquiliza ya no vamos”* (Maura_B_28).

Yo creo que es la segunda opción [hace referencia a la atención biomédica en el centro de salud]. Primero intentan con métodos naturales o esperando que pasen los dolores (aja) ya cuando, empieza a complicarse ahí empiezan a venir para acá, por ejemplo, la señora la, la del pie que yo le decía (sí, sí) incluso después de haberle visto otra vez, de haberle recalado que necesita que probablemente necesite irse a Latacunga para operarle, lo primero que hizo después de esto fue irse a sobarse el pie en Sigchos, aja,

entonces sí, sí especialmente la población más alejada, creo que primero prefiere irse con parteras, yerbateros, aja. (Paola_MED_25)

(...) yo creo que no mucho, no mucho, porque como ya le mencioné antes, aquí la gente es muy tolerante a la enfermedad. O sea, ésta espera, y espera, y espera y está con ocho días de fiebre. Aquí no cae un cuadro clínico de 24 horas de evolución, rara vez, excepto los pacientes que son de aquí cercano, de cerca y que pueden venir. Te vienen cuadros de tres meses, de un mes ‘¿Y cuánto tiempo lleva usted con la diarrea? Un mes’. Entonces, como son muy tolerantes realmente no, no, no cachan [no entienden o no captan] ese concepto de prevención. (Jorge_MED_27)

En cierto punto yo creo que, o sea, sí valora, al punto de que o sea ya está mal, pero cuando ya están ahí se sienten super mal, entonces hay acuden entonces al médico, no sé o sea quizás si la valoran, pero no hacen atenderse, digamos, cuando están sanos o cuando se les explica. Y ahí, por ejemplo, hay muchos que tienen los dientes ya con caries, no sé o cuando ya solo sólo para que le extraigan cuando están hinchados o así, cosas así. No sé la verdad podría ser tantas las cosas que han pasado de un tiempo acá, no lo se. (Nora_ENF_24)

Un factor reconocido por una minoría del PSnI es que las personas no acuden por el tipo —calidad y calidez— de atención que reciben. Y aunque no lo reconocen como algo actual, sino debido a experiencias anteriores, creen que sigue influyendo en la asistencia al centro de salud.

“(…) primero la cultura de ellos, luego no se si por experiencias anteriores de ellos quizás algún profesional los trató mal, les habló de manera hiriente, los, o sea los ofendió, quizás ofendió su cultura, sus raíces (…).” (Santiago_ENF_25)

Para la elección del tratamiento o atención influyen factores como la confianza y la costumbre, la cultura, la resistencia al dolor y puede que también la cercanía al centro de salud. Así mismo, como el pronóstico de la enfermedad, es decir, si se ha complicado el cuadro clínico o el tratamiento no han dado efecto. Algunos de estos factores coinciden con las madres como en el caso de los criterios pronósticos de la enfermedad, el acceso, la calidad de atención.

Continuidad e interrupción del tratamiento

En cuanto a la continuidad e interrupción del tratamiento, los factores que inciden pueden ser similares a los que se aplican en la elección del tipo de tratamiento. Sin embargo, en este subapartado trataremos de enfocarnos en los aspectos diferenciadores.

Desde la percepción biomédica es común que las personas no cumplan con las indicaciones médicas y consideran que la interrupción del tratamiento tiene que ver con el hecho de que los síntomas han desaparecido, entonces dejan de tomar la medicación. El dejar el tratamiento se aprecia por el PSnI como incomprensible ya que desde la biomedicina la interrupción acarrea complicaciones y resistencias —por ejemplo, en el caso de los antibióticos—. Así mismo, piensan que las personas no continúan las indicaciones médicas por falta de dinero, sobre todo cuando la continuidad implica largos viajes con los consecuentes gastos en transporte. De esta manera reconocen que la falta de recursos incide en la adherencia a la atención y el tratamiento. El PSnI, recalca que la interrupción del tratamiento también se da porque no les entienden las indicaciones incluso, en ocasiones, pese a la intervención del TAP, en estos casos lo relacionan una vez más con un bajo nivel educativo.

(...) los pacientes no cumplen con los tratamientos que les mandamos, o sea, si aquí te termina un tratamiento de cinco días para infección de vías urinarias es un milagro, porque incluso el apego en la ciudad es complicado, porque hay gente que sabe, se olvida si ya estoy bien no voy a tomar, peor aquí, o sea, aquí es demostrado, porque nosotros llegamos a las casas, vemos ‘esta pastillita me dió’ y ves el blíster de 10 pastillas tomadas solo unas dos. (Jorge_MED_27)

(...) una paciente tenía una infección en la pierna y la fuimos a ver en su casa y le mandamos tratamiento y después de un mes nos enteramos de que otra vez estaba hecho pedazos y cuando fuimos a ver tenían todos los medicamentos ahí ni siquiera los había abierto o sea no, no sabían cómo tomar (...). Una paciente (...) había venido con una fractura en el pie y cuando yo le vi estaba esa fractura ya estaba infectada. Ya habían pasado dos meses después de fracturarse y la señora seguía caminando con el mismo pie fracturado y hecho pedazos. Y cuando le pregunté, ‘¿Por qué no se fue al hospital a hacerse la radiografía para que le enyesen?’ Dijo que era porque no tenía dinero. Entonces es como que por una parte del efecto de la educación que no nos entienden y otra parte es la falta de, de dinero, aquí que ni siquiera hay transporte público ni nada tiene que gastar. (Paola_MED_25)

“A veces las mamitas dejan no más de dar la medicación y no se dan cuenta que hacen más daño, por ejemplo, el antibiótico, es terrible dejar.” (Paola_MED_25)

“Entonces, ese sí es un problema. Cómo le digo eso también lleva a complicaciones, eso también se, va de la mano con el bajo nivel de instrucción. Aquí la gente sólo estudia hasta la escuela y no estudia más. Se dedica al campo.” (Santiago_ENF_25)

Al igual que en la elección del tipo de tratamiento, la continuidad o interrupción del tratamiento también estaría marcada por la permanencia o desaparición de síntomas como el dolor, que a su vez estaría relacionado con la resistencia al mismo. Por otro lado, mencionan la responsabilidad con sus actividades económicas o familiares como factores que determinan la continuidad de un tratamiento y la irresponsabilidad con el cuidado de su salud, al priorizar los aspectos familiares y económicos. Desde la percepción del PSnI no se entiende como pueden priorizar el cuidado de sus tierras y animales al cuidado de su salud.

Yo creo que el principal factor es que eso que le mencionaba la tolerancia al dolor y que aguantarse mucho el hecho de que estén con alguna enfermedad. O sea, ha habido pacientes (...) que se han estado aguantando, pero es por esa tolerancia al dolor y ese como que, un poquito quememeimportismo, porque a la final, ellos piensan no, ellos te dicen, 'o sea, verá si me voy al hospital voy a perder tantos días, se me van a morir mis animales, no les voy a poder, no voy a poder cuidar mis plantitas, no voy a poder estar en mi casa con mis hijos'. Entonces esa es la barrera o la resistencia. No tanto por la irresponsabilidad del paciente, sino más bien por sus responsabilidades extras que tiene a parte de su salud. Entonces yo creo que es por eso. Yo creo que es por eso, por las responsabilidades que tiene y que en cierto punto que tal vez, o sea, un antibiótico, le haga efecto en dos días. Chévere, pero ya logramos que ese paciente se complique.
(Jorge_MED_27)

Desde la percepción biomédica la continuidad del tratamiento está determinado por la calidad del síntoma, y por las distintas responsabilidades familiares, socioeconómicas, así como el nivel educativo, sin embargo, estos factores son incomprensibles para el PSnI.

Autoatención, automedicación y combinación de tratamientos

A continuación, se presenta la visión del PSnI, acerca de las prácticas de cuidado y autoatención de las madres indígenas. El personal de salud reconoce que las madres y personas indígenas en general realizan una serie de acciones ya sea para mantener o recuperar su salud y que muchas de estas acciones pueden estar relacionadas con la biomedicina, con la medicina ancestral o que simplemente son decisiones que toma la madre —a lo que denominamos medicina popular o cuidados lego— sin un fundamento o una base científica.

Por tanto, la autoatención materna, desde posición biomédica es vista como cuidados básicos que no alcanzan a suplantar la medicina alopática y sus correspondientes fármacos. Consideran que la medicina tradicional indígena o ancestral forma parte de su cultura indígena y hay que respetarla, pero no creen que tenga grandes efectos sobre el padecimiento, al contrario de lo que sucede con la medicina alopática, sobre todo en casos de gravedad.

(...) si utilizan sus cosas, porque dicen que hay, que le han dado aguas de manzanilla y esas cosas, por ejemplo, cuando están con dolor de estómago que les dan agua de manzanilla, aquí he escuchado. Creo que otro es orégano también y eso. (...) o sea yo, no sabía mucho, la verdad. Tan solo escuchaba así que acuden a la medicina tradicional que por una parte yo creo que sí funciona. Pero no sé, pero por otra parte cuando están malitas, entonces ahí ya tienen que acudir al médico. (...) o sea yo creo que va de la mano también, por una parte, si está bien que ellos acudan a su hierba, a su medicina. Pero también deberían hacer controles, yo qué sé, con los médicos. Esa es su parte, es parte de ellos y creo que eso está bien, también porque hay que respetar la cultura de las personas. (Nora_ENF_24)

El personal del subcentro reconoce que las personas usan varios tipos de medicina — medicina occidental, ancestral o medicina popular— a la vez, pero señalan que está combinación de tratamientos al contrario del saber materno no eleva la eficacia terapéutica.

Cuando recomienda los profesionales de la salud, entonces cuando nosotros salimos a visita, entonces justo encontramos algunas personas que presenta con sintomatología, dejamos ellos igual para tomar pastilla siempre hacen agüita, toman con agüita medicinal, entonces eso, sí utilizan tanto biomédica como ancestral. (Pablo_TAPS_34)

Yo creo (...) sí, porque algo que ahorita recordé, cuando les vamos a atender algo que suelen usar bastante suelen ponerse las hierbas. Por ejemplo, cuando dan a luz, saben cuándo vamos a visitar a los pacientes a su casa y de repente suelen estar con gorros, debajo de los gorros saben tener algunas plantas medicinales, supongo o sino encima del vientre saben tener plantas. Igual personas que tienen así dolores crónicos, suelen estar ahí metidas las plantitas en los lugares que les duele. No estoy seguro si eso sea por una medicina que les da alguien que sepa de medicina tradicional o si es algo que ellos deciden hacer por su propia cuenta. Pero si incluso esos que acuden a ese tipo de medidas, luego también acuden a un médico, pero no creo que combinar tenga mayor efecto. Entonces sí, sí mezclan ambas medicinas. (Paola_MED_25)

En cuanto a la automedicación el PSnI asocia la automedicación solamente con los fármacos de patente y no con el uso de medicina ancestral o remedios caseros, por tanto, para el PSnI las personas no se automedican. Además, desconocen que las personas tienen un botiquín con reservas de medicación por anteriores padecimientos, tal y como me explicaron en diversas ocasiones y tal y como pude comprobar en mis observaciones.

Lo que no sucede con los TAPS quienes sí asocian la automedicación con los distintos tipos de medicina. Por otro lado, para los TAPS las poblaciones con mayor población indígena se automedican menos con fármacos de patente y más con medicina ancestral.

[Sobre la pregunta: ¿Se automedican?] No, aquí, aquí no hay ni, ni farmacias no hay, por suerte no hay acceso a la automedicación, recién creo que esta semana abren un dispensario [hace referencia a la apertura de la farmacia] en por Chugchilán Centro y recién ahí va a tener acceso a medicación. Pero de ahí la gente no, casi no tiene, no tienen pastillas para automedicarse, aja, aja. (Paola_MED_25)

(...) en cuanto a la automedicación, sí, porque las personas que tienen su negocio propio o son pequeña empresas como hotel, restaurante, entonces ellos igual en las tiendas venden más lo que es de Chugchilán, Chugchilán Centro, ellos se automedican. Si algunos no, o sea compra de farmacia entonces de lo que dicen ellos si toman y se automedican. Poco en las comunidades en comunidad con mayor población indígena casi no, mayoría automedicado siempre mejor con medicina ancestral, o sea han utilizado plantas medicinales con ello han curado. (Pablo_TAPS_34)

En cuanto a los síndromes culturalmente delimitados —o “enfermedades propias” como las llaman la comunidad indígena— la mayoría del PSnI no las reconoce y prefiere no referirse a ellas ya que las desconocen. Sin embargo, otros saben que existen, pero admiten no contar con conocimientos y recursos para tratarlas. Sobre todo, reconocen que las normativas y protocolos del Ministerio de Salud Pública (MSP) no son claras en cuanto a cómo actuar frente a este tipo de padecimientos.

Claro ellos creen en sus enfermedades así espirituales, pero no pues, la verdad nosotros a veces podemos, que creamos, pero no tenemos tratamiento para eso, eso el ministerio

no reconoce, o sea sí, pero no, por ahí algo mencionan, pero aquí todo es con protocolos y nosotros no tenemos nada sobre eso. (Oscar_MED_26)

Por ejemplo, para o para mal aire, igual la gente ya sabe en el campo que pueden utilizarlo, tienen por ahí un chilco [tipo de planta] por ahí algún eucalipto alguna cosita se pasan, así como tipo limpia [ritual para resolver el padecimiento], ya se pasan después dependiendo no sé si será verdad. Eso ya depende de creencias de cada cultura, cada uno tenemos una en la vida. (Miguel_TAPS_34)

Mientras que el PSnI no reconoce estos padecimientos, los TAPS sí los reconocen y admiten que el tratamiento se encuentra en el campo, en la naturaleza.

Prácticas maternas de riesgo

Las prácticas maternas de riesgo son las que identifican el PSnI como todas aquellas decisiones y/o acciones u omisiones que realizan las madres/padres y que ponen en riesgo su salud o las de sus hijos. Desde el saber biomédico son prácticas erróneas, es la ausencia de prácticas de prevención y buenos estilos de vida y el acceso oportuno a los programas preventivos del centro de salud, como por ejemplo: el control del niño/a sano y la vacunación oportuna según la edad correspondiente.

Desde el conocimiento biomédico, se percibe al parto en casa como de riesgo, por sus posibles complicaciones, ya que pone en peligro la vida de la madre y el bebé.

“El parto en la casa no es seguro, se pone en riesgo la madre y el bebé, ¿por qué dar a luz en la casa si pueden dar en el hospital? (...).” (Jorge_MED_27)

Mi opinión es que yo pienso que no es tan recomendable el parto en casa, porque aunque el parto yo pienso es algo natural y algo que debería suceder sin mayor intervención médica, es una situación en la cual las cosas pueden cambiar muy rápidamente y las consecuencias son muy graves, tanto la muerte materna como una asfixia neonatal, infecciones, o sea son, es como que se juega mucho en momentos muy, muy rápidos como para dejarlo en situaciones en las cuales no se puede responder rápidamente, como es el parto en casa, porque aquí en las comunidades alejadas son de muy difícil acceso. Yo no entiendo como en caso de que haya una emergencia, cómo piensan bajar desde la montaña caminando por el Chaquiñán [sendero o camino rural] hasta llegar a una vía para poder irse de emergencia. Entonces yo no recomendaría los partos. Yo no recomiendo los partos en casa, a pesar de que pienso, que es algo que en su mayoría va a salir bien. (Paola_MED_25)

Sin embargo, desde la posición de enfermería se percibe una posición ambigua, ya que por un lado están de acuerdo y consideran que es una práctica muy arraigada en su cultura y se debe respetar, pero por otro lado consideran que la práctica debería ser llevada por alguien que conozca las señales de peligro desde el saber biomédico —como las parteras reconocidas por el MSP—. Todo ello, sin descartar que lo preferible fuera que les atienda un médico, al único al que se le reconoce tener conocimientos, por lo menos los conocimientos científicos reconocidos por el modelo médico hegemónico.

El parto es también de su cultura. Es algo de ellos. Ellos prefieren que una partera les reciba el niño a que un médico no les reciba. Como le digo, son muy arraigados a su cultura y ven extraño a alguien que no sea de su comunidad. Prefieren que una partera que sea de su comunidad, que la conocen de toda la vida, que todos los días la ven por ahí. Prefieren a alguien de confianza, a alguien que nunca han visto. Eso es netamente,

es de su cultura. Las parteras o un familiar son personas que tienen experiencia recibiendo niños. No sólo han recibido a un niño, han recibido muchos niños más. Entonces, mientras ellos sepan lo que hacen y sepan cómo recibir el niño, saben las señales de peligro que puede haber y saben qué hacer después de que se presente una señal de peligro para mí es esta bien. (Santiago_ENF_25)

Obviamente que es preferible que lo reciba un médico que sabe, que tengan los conocimientos científicos que si pasa algo están todas las medidas y complementos necesarios para poder ehhh resolver esa emergencia en ese momento, en que se aseguran de que la niña, en tanto el niño como la madre esté bien, entonces es preferible eso. Pero no estoy en contra de que puedan parir en su casa, en su domicilio, con su familia al lado, con una persona de confianza que siempre han visto. Entonces no se les puede negar eso. Y pienso que ya está bien, que está correcto que puedan parir en su casa (...). (Nora_ENF_24)

Se aprecia claramente que desde el modelo biomédico se busca mantener un enfoque de interculturalidad relacional donde se respeta las creencias de las madres, pero a su vez prefieren la práctica institucional o prácticas de parto probadas “científicamente”.

Otras prácticas de riesgo serían las decisiones que toman las madres con respecto a la salud propia y de sus hijos, ya que desde la percepción del PSnI estas decisiones se toman muchas veces con ausencia de fundamento.

La otra vez vino la mamá con su hijo, que lloraba del dolor de muela a que le saqué la muela a su hijo, le dije que le podíamos curar y que no valía sacarle porque se le iba a mover los dientes, ella no entendía, insistía que le saquemos, se enojó [...], los TAPS

le explicaron, pero ella dijo que sacando la muela es un solo dolor, y así no debe volver, al final le sacamos, pero yo no lo entiendo (...). (Rocio_ODON_25)

Prácticas preventivas

En cuanto a las prácticas preventivas o de estilos de vida, el PSnI poco entiende sobre éstas y para ellos se podrían mejorar varios aspectos principalmente de sus estilos de vida. Estiman que pese a la educación que reciben las mujeres indígenas no realizan acciones de prevención, todo lo contrario, su estilo de vida constituye un riesgo. Donde la mala alimentación y la falta de higiene serían los principales factores de riesgo.

Nosotros cuando vamos a la casa vea tome agua segura, que es uno de los programas que nosotros cuando actualizamos las fichas familiares, les decimos, saben que tienen que hervir el agua, tiene que ser agua segura. Trate de que las excretas, las, las heces, la orina no tengan dentro de la casa, porque muchas veces lo hacemos así, sáquelo, entiérrelo y tratamos de ayudarles en esos temas. Pero que esté aquí sembrado ese, ese bichito de la prevención [se refiere a que las personas no tienen sentido de la prevención] no sucede, porque este arraigado en su cultura ya está establecido que la mujer tiene que estar ahí prendiendo leña [se refiere a que usualmente las mujeres cocinan con leña en lugares cerrados]. (Jorge_MED_27)

Yo creo que sí falta bastante. [¿qué faltaría para que sean buenas cuidadoras?] Primero la higiene hay casas en las cuales todo está amontonado, es que la gente solamente vive en un cuartito viven toda la gente, toda, toda la familia y está la ropa, la suciedad. Entonces la infraestructura tampoco tiene, los pisos [refiriéndose al suelo de la vivienda] suelen ser de tierra muchas veces. Ehh la alimentación no, no se alimentan adecuadamente, comen más las sopas, las coladas. Incluso con los bebés, con los bebés

son más graves. Porque al no tener una alimentación adecuada, ellos son los que más sufren, su desnutrición con la falta de crecimiento y falta del desarrollo psicomotor, son niños que tienen más enfermedades entonces, con las madres también falta bastante, como jefas de hogar también. Entonces la higiene (...) saben venir también bastantes personas, bueno no muchas, pero saben venir algunas personas por diarreas por cuadros de gastroenteritis, los cuales se relacionan directamente con una falta de higiene. (Paola_MED_25)

Desde la percepción de enfermería reconocen la preocupación materna por cuidar a los niños, pero también identifican lo que las madres podrían hacer, sobre todo en cuanto a higiene se refiere.

(...) ósea yo creo que sí falta cuidados porque, por ejemplo, no sé si en la alimentación, por ejemplo, los niños hay bastante niños que tienen desnutrición [hace referencia a niños de bajo], no acuden a hacerse sus controles. O sea, ya vienen cuando tienen ya mismo vómitos, diarrea, o sea, cuando ya está mal. Ahí es cuando acuden. (...) yo que estoy preparando los pacientes, no he visto que llegan cuando está el niño sano, siempre acuden cuando ya está enfermito. (...) si los niños no están tan cuidados, o sea si se enferman con diarrea, entonces fue falta de higiene y cuidado de las mamás. (...) Pero si ellos en sí, están en el campo ellos trabajan y eso. Entonces creo que por eso también no dan un buen cuidado ellos siempre pasan trabajando o van a pastorear. Entonces yo creo que por ese lado tampoco pueden estar al cien por ciento pendiente de los niños. Entonces, si se descuidan un poco si hay descuido por parte de ellos. (Nora_ENF_24)

En cuanto a la inmunización —campañas de vacunación— reconocen que es una de las acciones más conflictivas ya que algunas de las madres las rechazan. El personal de salud

considera que esto, está relacionado con la presencia de síntomas post vacuna como la fiebre, así mismo una vez más le atribuyen el rechazo a la falta de educación. Este último aspecto es respaldado por los TAPS ya que consideran que las personas analfabetas rechazan en su mayoría la vacuna por desconocimiento y por las creencias o mitos que tienen.

La estrategia nacional de inmunización. Yo soy el encargado de este programa dentro de lo que es mi año rural. Y sí, sí es un poco de conflictivo llegar a las personas con lo que es la vacunación. Primeramente, sabemos que la vacunación es para niños menores de un año, de dos años como quiera, son niños chiquitos, los padres los cuidan mucho son muy protectores. Entonces que venga alguien extraño que no los conoce y le pinchen y les hagan llorar y que eso causa efectos adversos porque bueno la vacunación causa efectos adversos, a veces la fiebre. Sí, no les gusta, pero más que nada es por la misma educación, de la gente o sea misma forma de pensar de ellos. Ellos piensan que nosotros le hacemos un daño en vez de ayudarlos. (...) Incluso me he topado con casos que ya no se dejan vacunar, por mucho que se insista, por mucho que se les diga que se les ruegue. No, no acceden a la vacunación. Entonces ese es un pequeño problema que se presenta en esta comunidad por la educación. (Santiago_ENF_25)

(...) entonces las madres que son analfabetas casi desconocen la importancia de vacunas. Entonces eso ha sido la debilidad que ellos a veces dicen por creencias o mitos de la familia entonces dicen ‘cuando vacuna mejor niño enfermo’. Pero nosotros siempre hemos estado incentivando y orientando también en nuestro idioma, porque a veces nosotros, como los iniciados médicos hablan en español, casi ellos no le toman en cuenta, entonces cuando nosotros explicamos en nuestro idioma entonces ellos otra vez, recapacitan y entienden. Y ya eso hemos trabajado en el tema de vacunación. (Pablo_TAPS_34)

Creencias y mitos que al parecer habrían aumentado en los últimos meses por la pandemia por COVID-19 y en consecuencia la próxima llegada de las vacunas⁵⁶. Por tanto, el PSnI argumenta que el rechazo está relacionado con la falta de educación y no con la falta de información o calidad de información.

(...) o sea en las salidas extramurales que realizamos, lo que he visto, es que no quiere dejarse vacunar porque dice que le vamos a matar a sus niños y cosas así porque o sea están confundidos, creo, dicen que les vamos a poner la vacuna del COVID (...). Eso me llama la atención de las personas, o sea que se dejan llevar por la información. (...) la última vez no querían nada, absolutamente nada. (...) la comunidad está mal informada porque todos es como que preguntan ¿qué vacuna es? Incluso los de aquí que ya son parte de la comunidad educada es como que no, ellos dicen de afuera nos dijeron que pongamos, pero es falta de educación, a veces la ignorancia.
(Nora_ENF_24)

Atribuyen también que la falta de apego a los programas de control de la natalidad está relacionada con la costumbre de la madre —que prefieren cuidarse de manera natural— y también consideran que influyen aspectos como el machismo. Sin embargo, el TAP reconoce que las madres piensan que los métodos anticonceptivos hacen mal, pero no profundizan en esto —aspecto que se analiza en el resultado tres— pues al parecer para el PSnI y el indígena esto sería irrelevante.

(...) muchas las mujeres no aceptan, bueno un porcentaje considerable, mejor dicho, no acepta lo que es la anticoncepción, quizás también sea por sus costumbres, por sus creencias, que no es necesario cuidarse, sino que de manera natural tengan sus relaciones (...) y aparte también me he dado cuenta de que no sé, si o sea que aquí la

⁵⁶ En el momento en que se realizó el trabajo de campo, aún no se había iniciado la campaña de vacunación por COVID-19 en Ecuador, sin embargo, sí que se había iniciado ya con el personal de salud.

gente sí es, los hombres más que nada son bastantes machistas. Sí, eso también es otra situación sí he tenido un par de experiencias que incluso los propios esposos no dejan que las mujeres usen anticoncepción, que a ellos no les gusta. (Santiago_ENF_25)

Hoy en actualidad en tema de planificación y hemos incentivado (...) hablando en ese tema de las mujeres de más de 45 años dentro de algunos ellos piensan que planifican sus familias cuando no cierto, pueden cuidar con algún método con el implante, o pueden cuidar con inyección, o cuidar con pastilla entonces ellos piensan que hace mal. Entonces nosotros siempre hemos dicho eh conversado con ellos también (...) a las adolescentes que ya van a ser madre, entonces ellos sí siempre han decidido cuidar con métodos anticonceptivos que tenemos en centros de salud. (Pablo_TAPS_34)

En cuanto a los controles las madres de más edad —a partir de los 40 años— no verían la necesidad de realizarlos, debido a que en ninguno de los anteriores embarazos lo hicieron y no se presentaron complicaciones. Mientras, en el caso de las adolescentes es por el tema de miedo a informar a los padres.

Controles más todo por la costumbre, por cultura de la familia, entonces a veces ellos piensan cuando vienen control como que algo nuevo, por eso algunas mujeres madre añosa, entonces ellos casi no varían el estado, por ejemplo, en los adolescentes casi cuando queda embarazada, ellos por falta de comunicación entre padre y madre, con perdón de los padres, ellos no han llegado controles prenatales en el primer trimestre, entonces siempre hemos de realizar captación tardía. (Pablo_TAPS_34)

De alguna manera el personal de salud descarta que el rechazo se pueda deber a signos o síntomas relacionados con los efectos adversos o molestias del método y que estos efectos se los explican entre las personas de la comunidad y por lo tanto se transmiten entre ellos.

Como se ha visto hasta ahora el PSnI tiene diversas percepciones sobre los conocimientos y prácticas maternos, sin embargo, pero reconocen que poco pueden hacer ante las decisiones de las madres y aunque por un lado tratan de influir en sus prácticas, finalmente deben respetarlas.

(...) le comprendo al paciente me callo y digo bueno, sé que sé que no va a ser bien porque el sobador no le va a curar una fractura, pero en cierto punto le tengo que respetar a esa persona, porque son sus creencias, son sus creencias y si es que, para él, para el esposo de la señora, se iba a curar con un sobador, con un curandero, poniéndole hierbitas en la muñeca y se iba a curar, pues se curará. (Jorge_MED_27)

Punto aparte merecen las medidas preventivas en la pandemia, donde el personal de salud consideraba que era difícil convencerles de la necesidad de las medidas preventivas — como el uso de la mascarilla—.

Por ejemplo, con el COVID los primeros días era un poco de incertidumbre no aceptaron de la mejor manera. Ellos son gente de campo. Entonces ellos tienen esa idea de aquí en el campo no va a llegar eso y que no llega el COVID, de que no va a llegar ninguna de estas enfermedades, de que el aire es puro, de que nosotros respiramos aire puro. Entonces eso nunca va a llegar acá. eso no ha cambiado desde esa misma perspectiva sigue, sigue ahora viene acá al centro de salud mucha gente trae su

maskarilla porque nosotros mismos les pedimos que traigan, porque si por ellos fueran no trajeran maskarillas. (Santiago_ENF_25)

5.2.1.4. La competencia y la formación intercultural del equipo de salud

En el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 se establecían ciertas pautas —políticas y lineamientos— generales para dar cumplimiento a los objetivos del Buen Vivir. Refiriéndonos específicamente a los que abordan temas de salud estarían los objetivos (SENPLADES, 2009):

- Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población
- Objetivo 8: Afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad”.

A pesar de estas directrices, en ninguno de sus proyectos —que se llevaron a cabo durante la realización del trabajo de campo— trataba de forma específica sobre salud intercultural ni tampoco se establecía de forma específica lineamientos en cuanto a la formación de los profesionales de salud —con la intención de generar una visión práctica del enfoque intercultural y fortalecer el MAIS-FCI⁵⁷—. Sin embargo, el Plan del Buen Vivir, sí constituye un instrumento base para elaboración de planes y programas de estudio en la educación superior, así como para la evaluación de dichos programas.

Por su parte entre las recomendaciones que establece el Ministerio de Salud Pública (MSP), para la incorporación del enfoque intercultural en el MAIS-FCI se encuentran la necesidad de reformar planes y programas de formación y capacitación en salud con el fin de “mejorar el conocimiento de la diversidad cultural, erradicando el racismo, estigma y

⁵⁷ EL MAIS-FCI, es el Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar Comunitario e Intercultural, “el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud” (MSP, 2012, p. 48)

discriminación, que limitan el acceso a los sistemas de salud” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Por tanto, para poder entender el modelo médico que aplica el equipo de salud —PSnI y TAPS—, y su sistema de representaciones, es importante poder conocer y comprender la formación que acompaña al personal de salud especialmente el PSnI ya que en la forma del MAIS-FCI el personal de salud es el principal ejecutor de los lineamientos de este modelo —en concreto, cuando hablamos de llevar a la acción el enfoque intercultural—. Por lo que a continuación se mostrarán ciertas pautas en relación con la formación de PSnI.

Partimos de que el PSnI, en su “año de salud rural” es de distintas regiones del país. Algunos de ellos, antes de esta experiencia nunca han salido de sus zonas de residencia, algunos tampoco han tenido experiencia —a nivel personal ni profesional— con personas de las comunidades indígenas, por tanto, desconocían sus estilos de vida y sus costumbres. Pero, además, tampoco durante su formación han realizado alguna práctica preprofesional con estas comunidades.

“Yo la verdad nunca he salido, yo me formé en XXX [dato anonimizado], ahí no hay indígenas. Nosotros, (...), además sí a veces una oye cosas, pero nada más. En la universidad peor ahí sí que nunca hemos hecho prácticas en comunidades indígenas.”
(Santiago_ENF_25)

(...) yo estude en XXX [dato anonimizado] y ahí no me llevaron a ninguna comunidad indígena. Bueno, no sé, quizá sí a otros semestres, pero a nosotros nos tocó hacer comunidad fue en Tumbaco [zona urbana en la capital del país] y creo por el sur [zona urbano marginal en la capital del país] tenían otro centro de salud. Pero de ahí que hayamos tenido salidas, así, no. Creo que en nutrición salían más así a hacer vinculación. (...) Claro que sí pudieron hacer más. De hecho, nunca, o sea a las

comunidades indígenas, la verdad, nunca hemos salido. Entonces creo que si les falta y si nos pudieron haber capacitado. (Nora_ENF_24)

Por ende, al ser personal joven y de distintos lugares, en esta su primera experiencia post formación, se enfrentan a una serie de eventos que pueden constituir momentos críticos o estresantes durante su práctica profesional.

Parte del PSnI considera que la formación en interculturalidad pudo ser un punto importante para evitar el choque cultural. Así mismo consideran que la formación del MSP y la formación de la educación superior terminan siendo insuficiente en la práctica. Creen que sus principales vacíos están en la comunicación con personas de otra cultura. Este último aspecto se relaciona con lo que hemos visto en un subapartado anterior —Relación lingüístico-cultural— donde expresan que la comunicación es una de las principales dificultades.

(...) temas de interculturalidad es muy importante, porque para serle sincero, cuando yo estaba en la universidad y me dieron salud intercultural dije ¿para qué me dan eso? No me va a servir nunca en la vida, bla, bla, bla, bla. ¡Pero luego pum! Me tocó aquí donde se vive de eso que tal vez pude ir a una plaza cerca de Quito y que no iba a vivir esto. Pero sí pienso que es muy importante que incluso en el pregrado te den esta materia para que logres comprender y no te coja muy fuerte el hecho y no te coja ese choque que le digo yo cuando ya estás en el trabajo. (Oscar_MED_26)

Y pienso que falta un montón también por parte de las universidades de, de hacer probar un poquito de lo que es la parte rural, porque puedes tener tu experiencia en hospitales básicos, puedes tener, pero muy distinto es ya salir a comunidad o estar en un centro de salud de una población, por ejemplo. Sí pienso que debe haber un poquito más de

esfuerzo, un poquito más de empeño, de hacerles ver a los futuros médicos o profesionales de la salud, cómo son las cosas y realmente, si es que te va a gustar, porque si es que no te gusta, si no, si, si viene, viene, por ejemplo, un paciente con malas condiciones higiénicas no es que le vas a hacer el feo, te toca aguantarte.
(Ana_MED_26)

“(...) tal vez en eso mejorar, técnicas de comunicación, de cómo expresarse mejor con los pacientes para que se nos entienda más, porque de eso no nos enseñan nada.”
(Jorge_MED_27)

Las necesidades de un tipo de formación u otra se pueden verse condicionadas por el momento particular que atraviesen. Por ejemplo, ciertos momentos, contrario a lo que hemos visto, consideran que una formación en aspectos culturales, sociológicos o antropológicos son necesarios para la atención. Pero, en su lugar, consideran que los aspectos de orden administrativo son más importantes para terminar con éxito su “año de salud rural”, frente a la propia atención. Esta argumentación se debe a que al final, aseguran, que no importa el lugar o la cultura, lo importante es poder tratar la patología y para eso si están capacitados.

Yo pienso que dentro de la formación si faltan algunas cosas, porque no, pero yo pienso, que más son cosas administrativas, que relacionadas con la parte de la interculturalidad o venir a una población rural, porque a la final la atención, por más que sea a alguien rural o a alguien que viva en la ciudad, a la final lo real es la participación de la patología, el tratamiento, el diagnóstico sigue siendo igual. Y así que pienso, que más es la falta de la educación en las cosas administrativas, no en tanto con la atención, porque eso es similar, simplemente cambia que a veces se necesitan los TAPS (...).
(Jorge_MED_27)

“La medicina siempre es la misma, la base es la misma, nos formaron en lo mismo a todos diagnosticar curar (...).” (Marylin_MED_26)

Pero además de que la formación teórica y práctica universitaria pueda verse como insuficiente, también desde sus narrativas, ven la capacitación por parte de las administraciones locales de salud pública, como escasa e insuficiente. Todo ello debido a que estos talleres y capacitaciones, desde dichas administraciones, se enfocan en la práctica biomédica y en las acciones de orden administrativo.

El PSnI también comentaba que las capacitaciones en la plataforma de Organización Panamericana de la Salud (OPS) no se adecuaban a la cultura local. Este hecho lo pudimos evidenciar en diversas ocasiones en las visitas al centro de salud, donde PSnI accedía a los cursos de la plataforma de la OPS, todos ellos cursos de corte médico-epidemiológico.

De hecho, nunca recibí algo de interculturalidad o algo de cultura en la universidad en la que estudié. A nivel ministerial, o sea hemos recibido capacitación, pero no se enfocan tanto, son medidas generales (...) estas personas que dan capacitaciones no conocen la realidad, no conocen, no han estado en territorio, no conocen, o sea sólo se encargan de cosas científicas, de bases teóricas y todas estas situaciones, pero no conocen el trabajo de campo. (...) deberían conocer ese trabajo de campo para poder ver cómo es la población, es una población distinta, muy distinta, entonces cuando ya sepan cuál es esa realidad, quizás cambian las cosas, las situaciones de lo que es la parte salud con las diferentes culturas de nuestro país. (Santiago_ENF_25)

(...) la administración pública nos da esa capacitación. Hacemos cursos, hacemos talleres y luego nos dan el certificado, pero, la mayoría son de la OPS, una que otra del

ministerio, pero así poniendo porcentaje un noventa por cierto son de la OPS (...) No, están, es que como digo, es de la parte lo que es Sudamérica, Latinoamérica. Entonces no son, cada país tiene sus culturas, cada país, son muy distintas las tradiciones, las y todas estas cosas. (Nora_ENF_24)

(...) bueno yo pienso que no nos prepararon ni el ministerio, ni en la universidad, quizás si faltó que nos explicaran bien las cosas sencillas. Somos diferentes, pensamos diferente. Nos decían que hay que ser extrovertidos. Cómo somos diferentes si deben decir que hacer y cómo hacer. Aquí a uno le botan de una a la comunidad. (Oscar_MED_26)

Lo que se evidenció fue que al PSnI que ha concluido recientemente su carrera y son introducidos en los servicios de atención, no siempre han recibido la capacitación adecuada para llevar a cabo su trabajo con la población indígena y la formación académica no parece ser suficiente para la generación de las competencias culturales.

En una salida al campo con el EAIS –médico, odontólogo, enfermera, obstetra y TAP–, se les preguntó si alguna vez habían pensado trabajar en contextos interculturales, evidenciando una vez más que no reconocían dicha representación, que tanto se menciona en el modelo MAIS-FCI. Uno del equipo respondió ante la pregunta con ‘¿ósea de las culturas?’ y en este mismo contexto reconocieron no estar preparados para ejercer su rol frente a los pacientes indígenas, aunque después del “año rural” logran entender algo a la comunidad.

Por tanto, al igual que se describía en el subapartado de relación lingüístico-cultural”, con el tiempo logran desarrollar *conciencia cultural* a partir, no de la formación recibida sino de una sensibilización personal. Sin embargo, este componente afectivo no siempre se traduce

en una conciencia cultural de sus propios sistemas de valores, prejuicios, creencias que inevitablemente entran en juego, debido a su falta de experiencia en trabajar en contextos muy alejados de su propia cultura de la salud.

5.2.2. *Los técnicos de atención primaria de salud*

Como ya se ha señalado anteriormente, la atención sanitaria en centro de salud de Chugchilán es practicada por los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS). Éstos están compuestos por PSnI y por personal de salud indígenas —los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS)—. Así, los TAPS son indígenas y pertenecen a las propias comunidades y son quienes trabajan y apoyan en las actividades de salud.

Por su parte el ministerio de salud pública a través del MAIS-FCI estableció que se formara a los TAPS para que apoyarán e integrarán en los EAIS como personas pertenecientes a la comunidad. Los TAPS, desarrollaran actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o complicaciones y notificarán al EAIS cuando determinen un riesgo potencial. Además, desarrollaran, también actividades para el fortalecimiento de la participación comunitaria (MSP, 2012:117). Los TAPS “son los actores que detectan los problemas que influyen directa o indirectamente sobre la salud de la población y se encargan de mejorar la calidad de vida de la comunidad” (MSP, 2012:204). Realizan actualización del censo —de la población local, según comunidades— que, una vez realizados se entregan a cada unidad para su actualización semestral —por lo que el equipo integral de salud deberá contar con información actualizada— (MSP, 2012, p. 181).

5.2.2.1. El rol de los TAPS, convergencias y tensiones

A partir de lo determinado por el MAIS-FCI, los TAPS dentro de la atención primaria de salud en el CS de Chugchilán, cumplen una serie de actividades que les permiten tener un

rol fundamental en la atención de salud a las comunidades. Su rol en general puede generar una fortaleza por el enlace comunicativo y relacional con la comunidad, al dominar el idioma, conocer la comunidad y ser calificados como personas de confianza en la comunidad. Sin embargo, su rol también puede generar debilidades, tensiones y contradicciones, entre el equipo multidisciplinario. Por tanto, a partir de la observación y las entrevistas describimos estos aspectos.

Los TAPS cumplen con diversas funciones, entre las principales está disminuir barreras. Para el PSnI, es en estas barreras dónde se vuelve indispensable el TAPS, para tener acceso al idioma —el quichua— y el acceso geográfico a las comunidades. Por tanto, los TAPS son los que se encargan de la traducción —ya sea del quichua al castellano o del castellano al quichua— y de guiar y orientar en las zonas de difícil acceso a la comunidad. Sin esta ayuda, el PSnI, tendría dificultades para acceder —por sí solos— a las comunidades en las visitas domiciliarias, debido —además del idioma—, a la dificultad y amplitud del terreno, a las largas distancias

(...) desde mi experiencia de coordinador, yo trabajé con los con los TAPS, al mando de ellos. ehhs Es gente muy trabajadora, que conoce muchísimo la comunidad. Te permite ese acercamiento, en cierto punto te traducen, le hacen entender lo que tú le quieres decir al paciente y lo que el paciente te quiere decir a ti. Entonces somos de las unidades más afortunadas de nuestro distrito y pienso que del país, no ha de haber una unidad con tanto TAPS como es aquí en Chugchilán. Pero es porque el territorio es amplio, las comunidades son difíciles de llegar. En cada zona hay distintas familias, distintas personas, los TAPS de alguna manera, los técnicos de atención primaria en salud te hacen llegar y que esa barrera como que disminuya o que se anula (...) Pero en eso en cuando nosotros tenemos, por ejemplo, pacientes que son quichua hablantes al

100 por ciento y que realmente no te están entendiendo nada de lo que tú estás diciendo, el nexa hay vuelve al TAPS. (Oscar_MED_26)

(...) los TAPS, al menos para mí, mi apreciación. Los técnicos atención primaria en salud son indispensables, o sea, sin ellos no llegamos a nada, no llegamos a la población, no llegamos a las comunidades lejanas porque somos rurales nuevos en el caso, cuando uno llega nuevo, llega nuevo, no conoce absolutamente nada, no creo que ni siquiera llega a la comunidad, peor a la casa de la paciente. (...). Entonces para mí es el pilar fundamental de lo que es la atención primaria en salud. Sin ellos no llegamos a ningún lado. (Santiago_ENF_25)

“(...) los TAPS si son algo necesario en la, en la atención en poblaciones rurales. Porque bueno, primero porque conocen donde es la casa. Nosotros nos perdemos, nos perderíamos sin saber en dónde.” (Paola_MED_25)

Por otro lado, su rol comprende el de ser un agente comunicador, educador y orientador de los programas de salud como: vacunas, anticoncepción y medidas de higiene, así como de los servicios que presta el centro de salud. También cumple funciones censo-epidemiológicas de la situación de salud de la familia. Básicamente son promotores de los programas de prevención y promoción de la salud, así como de la atención biomédica y un recurso de obtención de información para el Ministerio de Salud Pública.

(...) los compañeros cuando les vacunan sí sí explican bastante bien cuáles son los efectos adversos, qué es lo que puede pasar, que es normal y que no después de una vacuna. Entonces yo creo que la población sí, (...) ya si entienden lo que se les dice entonces no, no acuden tanto por reacciones de la vacunación. (Paola_MED_25)

O sea yo creo que puede ser que no nos entiendan por ejemplo ahí. Bueno, por, por lo que muchas de las charlas y eso que hacen en comunidad, o sea, lo lleva los señores TAPS, por ejemplo, de, de anticonceptivos y esas cosas ellos siempre les explican o de incluso de, de las medidas de higiene, lavarse las manos o sea para prevenir el uso de mascarilla, entonces siempre ellos les explican en quichua. (Nora_ENF_24)

(...) también realizamos trabajo enterinstitucional coordinadamente con instituciones públicas y no gubernamentales, y actividad intramoral [intramural] que realizamos es informes de las actividades, actualización de tarjeteros de vacunas y también actualización en el mapa parlante⁵⁸ de las mujeres embarazadas y también mapa general de grupos prioritarios y actualización de sala situacional. (...) actualización de fichas familiares, seguimiento a grupos prioritarios, seguimiento a niños con esquema regular [irregular] de vacunas y (...) en dos idiomas tanto en español y quichua, porque la mayoría de los habitantes de la parroquia Chugchilán son indígenas y mestizos. Entonces eso mediante visita hemos realizado consejería educativa sobre los síntomas y medidas de prevención como el lavar las manos y o utilizar la mascarilla. También cumplen con normas de higiene personal. Por ejemplo, puede algunos de ellos a veces por trabajo o por alguna cosa, entonces a veces se olvidan de lavar las manos. Entonces hemos estado concientizando a la gente (...) También señales peligro en el embarazo, tanto en el parto institucional y parto con acompañamiento de los parteros y también señales peligro en recién nacidos y planificación familiar eso hemos de realizar lo que es de consejería educativa, en promoción de salud y también en los niños, estamos

⁵⁸ “Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer en forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico.” (MSP)

trabajando en lo que es de lactancia materna de menores de 2 años, que deben completar hasta los 6 meses solo lactancia materna, de 6 meses adelante debe ser alimentación complementaria (...) Como en centro de salud, hemos entregado micronutrientes como chispas [nombre del micronutriente] y vitamina A para evitar la desnutrición crónica en los niños. Actividades promoción de salud, realizamos de acuerdo con las normas de Ministerio de Salud, por ejemplo, realizamos campañas de vacunación, primero promocionamos antes de realizar la práctica y también otro sería ya sobre lo que estamos viviendo sobre el CORONAVIRUS. (Pablo_TAPS_34)

También, durante el trabajo de campo, se pudo evidenciar que, en las intervenciones de salud, la información y las explicaciones que los TAPS proporcionan a la comunidad indígena eran más sencillas, con menos tecnicismos biomédicos. Todo ello, aspectos que también facilitaban la comprensión de la comunidad.

Los TAPS, sirven de nexo, enlace y son articuladores entre las distintas medicinas — medicina occidental, medicina tradicional indígena/ancestral y medicina popular—. Los TAPS ayudan, orientan y promueven el acceso de las personas indígenas al sistema público de salud. Ellos son los responsables de mantener el contacto con los curadores tradicionales y atraerlos al sistema público de salud. También evidenciamos que son los encargados de organizar y convocar las reuniones mensuales de: el comité local de salud⁵⁹, de los curadores/terapeutas tradicionales con el personal de PSnI para compartir conocimientos.

(...) dentro de la interculturalidad, yo pienso que sí son un punto a favor que, si nos ayudan bastante para tener, para relacionarnos con los pacientes y relacionadas también

⁵⁹ Comité Local de Salud: son un grupo de personas de las comunidades —representación social local de salud—, que se representan ante el centro de salud y que en coordinación con el personal de salud se organizan con el fin de mejorar las condiciones sanitarias/ambientales.

con la medicina que ellos intentan practicar [medicina tradicional indígena o medicina popular], los TAPS si son algo necesario en la atención en poblaciones rurales. (Paola_MED_25)

Ellos hacen ahí son una conjugación y saben escuchar al médico, cuando le dices, ‘¿sabes qué? Ese paciente así se tome, lo que se tome si se queda en la casa o vaya al sobador, no se va a curar, explícale’. O sea, ‘hazle caer en conciencia de que no se va a curar si es que no le lleva a un hospital’ y no le doy tratamiento, no le doy y no le pongo un suero, no le pongo antibiótico o alguna cosa, entonces ellos les explican bien (...) de una manera que a veces entienden (...). (Jorge_MED_27)

Bueno, nosotros conectamos y en algunas comunidades en tema de medicina ancestral, si se están trabajando, fortaleciendo, nosotros como personal sanitario también hemos trabajado con ellos también. Si hay tanto con parteras, Yachak, cuipichak, hierbatero y sobador, entonces ellos se trabajan ayudando a lo que es a las personas que sufren algunas dolencias. Entonces ellos siempre realizan lo que es de madre naturaleza y espiritualmente, entonces ellos hacen más hacia remedio natural o remedio casero. Entonces ellos si se resuelven algunos problemas pequeños, lo que se merece como es espiritualmente que pueden curar o algunas que ya no se curan misma, entonces vienen o uno mismo viene trayendo al centro de salud (...). (Pablo_TAPS_34)

Sin embargo, a partir de su práctica, también deviene un rol que podría ser ambiguo y contradictorio. Durante la observación y las entrevistas a las madres se pudo notar que muchas veces los TAPS, pueden ser consultados durante algún padecimiento. A partir de aquí, ellos pueden diagnosticar y tratar el padecimiento por el que fueron consultados. También a partir de la atención, ellos proveen de alguna medicación —gestionan fármacos de patente de libre

circulación sin receta médica— si consideran que el caso lo amerita. En una ocasión, una mujer consultó que llevaba días con dolor de cabeza y otros síntomas de resfriado, su vecina llamó a uno de los TAPS y acordaron que en la tarde él le llevaría paracetamol para que tome. Pero también según el padecimiento puede recomendar y acompañar al sistema biomédico.

Sí, sí, sabemos, decidió siempre y colaborado algo por un paciente que necesita alguna cosita. Sí, estamos colaborando igual si hay nosotros, remedios de campo, como plantas nativas eso. Sí, poco pero no mucho, poco ya como antes mis abuelitos. Sí, Ellos sí, sabía mucho, que se sabía eso ya casi no ocupa mucho. Pero igual sí, sí sabemos cómo hacerlo. Si yo, utilizamos esto es cualquier enferma, por ejemplo, coge un “gripe” por allá, un agüita de tifo, de menta, todas esas cosas y el eucalipto. (Miguel_TAPS_34)

(...) yo en ese parte cuando, como estoy trabajando aquí. Entonces si se apoya a las personas cuando llega [llegan a la casa], entonces cuando algunas vienen más dolorida, entonces eso dicho que íbamos a llevar ahorita porque aquí vamos a ayudar entonces, si yo como trabajador se incentivar a dar a la gente para que llegue el de recibir lo que es de medicina biomédica, así decir medicina occidental. (Pablo_TAPS_34)

(...) nosotros llegamos a ver si llegamos a ver por comunicación de familia o vecinos o líder comunitario, cuando está a cargo de nosotros, entonces ya nosotros sabemos cuándo y qué fecha va a dar luz, algunas que no está a cargo, entonces algunos no avisan también o algunos casos ha comunicado las parteras también porque nosotros trabajamos con parteras ellos igual tienes o decisión, o obligación de visitar porque nosotros cuando damos capacitaciones siempre hemos dicho hasta los 7 días. Entonces tiene que visitar por lo menos dos o tres días. Entonces le damos seguimiento y visitamos con algunas mujeres van luz en la casa. Nosotros respetamos, pero si decimos

que vayan a hospital o nosotros mismo llevamos. En este caso, nosotros sabiendo organizamos con la obstetra y salimos para realizar lo que es visita control postparto tanto recién nacido. (...) 24 horas después nosotros colocamos lo que es de eso mediante esquema de vacunación. (María_TAPS_28)

Durante el diagnóstico y la decisión del tratamiento, los TAPS, al igual que las madres reconocen que hay enfermedades y tratamientos que corresponden a la medicina occidental y otros a la medicina tradicional indígena.

(...) Si hay tanto parteras, Yachak, cuipichak, hierbatero y sobador, entonces ellos se trabajan ayudando a lo que es a las personas que sufren algunas dolencias. Entonces ellos siempre realizan lo que es de madre naturaleza y espiritualmente, entonces ellos hacen más hacia remedio natural o remedio casero. Entonces ellos si se resuelven algunos problemas pequeños, lo que se merece como es espiritualmente que pueden curar o algunas que ya no se curan misma, entonces vienen o uno mismo viene trayendo al centro de salud. (Pablo_TAPS_34)

Sin embargo, con respecto a lo que se comentaba sobre el diagnóstico y decisión de tratamiento, los TAPS —por su contrato laboral con el MSP— en ocasiones su balanza se decantará más hacia el sistema biomédico, promoviendo su uso y acceso. Este sería como el caso del fomento que realizan de los programas de prevención y promoción —como se analizó en el subapartado de “transmisión de la información salud/enfermedad—donde deben derrumbar las ideas preconcebidas por las madres o comuneros y como ellos mismo señalan hacerles *‘entrar en razón’*, convirtiéndose en el medio para promover acciones de la biomedicina.

Sí, por ejemplo, cuando nosotros ingresamos, (...) los primeros años casi hasta los dos años era difícil convencer a la gente. Y ahora ya hoy en la actualidad nosotros hemos llegado a confianza con la gente entonces, el tema de vacunación, ya casi mayoría ya igual nos colabora, pero no todas, pero algunas con algunas ciertas familias casi desconocen. No, también por creencias de familias casi no deja. Gracias a Dios hemos tenido confianza de la gente. (Miguel_TAPS_34)

Hoy en actualidad en tema de planificación y hemos incentivado con los métodos anticonceptivos, (...). O sea, es muy importante para nosotros, pero algunas familias casi no aceptado, por ejemplo, hablando en ese tema de las mujeres de más de 45 años dentro de algunos ellos piensan que planifican sus familias cuando no cierto, pueden cuidar con algún método con el implante, o pueden cuidar con inyección, o cuidar con pastilla entonces ellos piensan que hace mal. Entonces nosotros siempre hemos dicho eh conversado con ellos también. (Pablo_TAPS_34)

Por tanto, hay una percepción ambigua sobre el rol que juegan los TAPS, por un lado, pueden ser indispensables, pero en ocasiones pueden estar en medio de situaciones de contradicción con lo dispuesto en el MAIS-FCI y de conflicto y luchas de poder con el PSnI, por las propias características de su rol ambiguo. A partir de la observación y específicamente en el caso de las madres, cuando deciden optar por la medicina occidental suele ser por el tema de confianza y familiaridad a la hora de preferir consultar al TAPS. Por tanto, éste termina ejerciendo un rol importante en el proceso salud, enfermedad, atención-promoción (s/e/a-p) del paciente, aspecto y situación que es mal entendido y cuestionado por el resto del equipo de salud.

“(…) pero hay un problema con los TAPS que a veces como que hay veces ellos piensan que tienen una autoridad mayor, como si ellos pudieran decidir a quién se le atiende y a quien no, ehh como si fuera gracias a ellos que se les lleva la atención.”
(Jorge_MED_27)

(…) cómo usted misma mencionó que todos piensan que todos aquí, somos, somos médicos, sí. Entonces a veces ellos la también como que asumen ese rol. Entonces a veces ellos, son el primer contacto con los pacientes. Entonces a veces ellos deciden a quién se ve, a quién no se ve, a malacostumbran a los pacientes a que se les lleve siempre la medicación. Entonces en, en ese punto, no, no ayudan realmente, se convierten más e incluso en un problema. (..). Pero cuando están con nosotros sí son una parte muy necesaria. (Paola_MED_25)

Por otro lado, la gente también se malacostumbra a que nosotros le vayamos a ver y ellos nunca bajan al centro de salud, lo cual tampoco está bien porque por ejemplo le piden al TAPS que le que vayan a ver a la casa. Y yo entendería que eso con personas con discapacidades, hasta con embarazadas, (claro) pero suelen ser personas que a veces ni siquiera tienen enfermedades (...) a también a veces ellos suelen detectar, por ejemplo, cuando hay alguna paciente postparto no avisa para que vengan aquí al centro de salud, sino para que nosotros vayamos a ver. Entonces a veces hay como que, o sea, cómo qué, como que la atención la brindaran ellos, les consultan a ellos, como si más dependiera de ellos que funcionara todo esto [se refiere al centro de salud]. Lo cual no, no es tan cierto, porque el paso, lo más importante para ellos debe ser contactarlos, llevarnos a las casas de ellos y la comunicación facilitar. (Mayra_OBST_26)

A partir de las observaciones, las personas de las comunidades muchas veces demandan una mayor y mejor atención del personal, pero también de los TAPS, porque los TAPS son parte de su cultura y la entienden. Desde la percepción de las personas de las comunidades, los TAPS han recibido formación y capacitación y aunque no tienen conocimientos avanzados en medicina occidental como el PSnI, sí tendrían conocimientos básicos. Por tanto, los ven como personas que les pueden y deben —porque son parte del sistema público de salud— ayudar durante un padecimiento, ya que por eso han sido consultados durante la trayectoria de atención. Así mismo, también los ven como los representantes del Ministerio de Salud Pública en la comunidad, el mismo que al parecer —que según nos comentaron varios informantes— mantiene una deuda de años de abandono en salud a las comunidades indígenas y por tanto el ministerio a través de ellos les debería “ayudar” en cualquier situación de salud.

Volviendo a la percepción que tiene el PSnI sobre el rol que tienen los TAPS, en la atención a la comunidad, se observó que muchas veces se generaban fricciones entre ellos, con respecto a posiciones de poder entre el equipo. En este sentido, el PSnI siente que los TAPS buscan liderar e imponerse en la atención, evidenciándose más cuando son los TAPS quienes determinan que pacientes visitar, así como las actividades que debe realizar el EAIS. Un ejemplo también de esto se dio cuando, durante el trabajo de campo, debía coordinar con los TAPS las que serían mis visitas al centro de salud y las salidas al campo con el EAIS. Esta situación me hizo evidenciar el nivel de liderazgo de los TAPS, así como el nivel de mayor organización que tienen sobre el terreno.

“(...) la comunidad confía en ellos, nosotros somos nuevos, no nos conocen, ellos saben lo importantes que son y se aprovechan de esto, por eso quieren ellos ser como los jefes, porque además somos nuevos [recordemos que están en su “año rural”].”

(Nora_ENF_24)

(...) cómo usted misma mencionó que todos [los comuneros] piensan que todos aquí [personal de salud], somos médicos, sí. Entonces a veces ellos [refiriéndose a los TAPS] la también como que asumen ese rol. Entonces a veces ellos, son el primer contacto con los pacientes. Entonces a veces ellos deciden a quién se ve, a quién no se ve (...).
(Paola_MED_25)

Otras situaciones que se dan dentro del rol ambiguo de los TAPS tienen que ver con las traducciones que los TAPS realizan del quichua al castellano y a la inversa. En estas traducciones, en muchas ocasiones, no refleja fielmente lo que dice —el PSnI— o se les dice a los pacientes.

“(...) nosotros si más o menos nos damos cuenta de que ellos no siempre dicen todo lo que nosotros decimos, como ellos no manejan términos nuestros, entonces es difícil que digan exactamente lo que decimos.” (Marylin_MED_26)

(...) o sea a veces al lugar que vamos a vacunar, entonces ya de acuerdo con el esquema, se les explica (...). Entonces ellos [los TAPS] le traducen a quichua, pero o sea es que ellos igual como traducen. Pero ya, o sea, no sé quizá siento que falta también información por parte de ellos hacía nosotros. No sé. No traducen bien. No sé, no sé, podría ser porque yo tampoco entiendo, si entendiera dijera están diciendo mismo, pero no siento. (Nora_ENF_24)

(...) en cierto punto el idioma yo creo que sí nos impide, porque, o sea, como que las personas siempre preguntan de qué vacuna es, o sea, directamente con los TAPS y

entonces ellos dan la información. (...) ¡aja! es como que con ellos tienen mayor comunicación, (...). (Santiago_ENF_25)

Pese a todo ello, en la práctica también se presentan otras tensiones como por ejemplo que los TAPS también pueden suponer un obstáculo para la relación médico/enfermera-paciente durante la visita domiciliaría. Los TAPS han asumido, en su sistema de creencias y representaciones, que el personal de salud —de entrada— presentará dificultades para entenderse con la comunidad, debido a no compartir el idioma y a los aspectos culturales. Es por ello en las visitas extramurales o brigadas médicas —como escenario del encuentro intercultural—, los TAPS son los actores protagonistas en dicho escenario, siendo quienes de alguna manera dirigen, facilitaban y coordinaban la relación médico-paciente. Como ejemplo de ello, Jorge (Jorge_MED_27), en una atención domiciliaria, buscaba obtener la atención de la madre durante la visita, pero —tal y como pude observar— el diálogo central y el contacto visual se daba de forma constante entre el TAPS y la madre y no con Jorge. Aunque esta situación pudo deberse al nivel de cercanía y confianza, al uso de su propio idioma y a que el TAPS les explicaba de forma sencilla —evitando los términos técnicos—, esta situación era vivida por los PSnI como pérdida de poder en las interacciones con la comunidad, presentando el PSnI un papel secundario. Esta situación no favorece que se establezca una relación de confianza con el PSnI, al contrario de lo que sucede con la relación con los TAPS. Pero, además, podría evidenciarse como una interferencia en el encuentro cultural ya que se corta el contacto entre personas que deberían conocerse e interactuar pese a las diferencias.

Como síntesis de este subapartado, el papel de los TAPS es fundamental para los servicios de atención primaria, y que su actuación trasciende las actividades sistemáticas, dado que los TAPS realizaban un importante papel como articuladores entre los saberes biomédicos

e indígenas en contextos interculturales de autoatención. Pese a todo ello, su rol no está exento de tensiones con el PSnI, a pesar de todos los beneficios que también genera en el EAIS.

5.2.2.2. Formación y capacitación

Los TAPS son personal técnico sanitario acreditado por el MSP, con una formación previa de bachillerato. Pero a pesar de haber cursado una formación de dos años para obtener la titulación, de ser personal sanitario originario de las comunidades, y de estar contemplado como una parte fundamental dentro del enfoque intercultural y del diálogo de saberes, en su formación no hubo contenido específico en atención intercultural, más bien un alto nivel del contenido biomédico y aspectos de índole estadístico.

Por ahí hablaban de signos vitales, todo es morfofuncion, daban matemática como estadística, una materia que se tocaba aprender, cálculos, todas esas cosas, entonces, ya sabes, psicología y algunas materias que TICS será para esa materia, para como se llama, para las plataformas que pueden manejar y para entrar al internet y hacer alguna actividad. Todas esas cosas enseñaron (...) (Miguel_TAPS_34)

Con respecto a la formación continuada y capacitación, pudimos observar que ésta se ha centralizado y está a cargo del MSP. Si no fuera así, los TAPS tampoco podrían optar por formación continuada, debido a sus condiciones económicas. Estas capacitaciones —según lo observado—, son en su mayoría sobre aspectos técnico-informativos, es decir, se los instruye sobre la adecuada complementación de formularios e informes. Por otro lado, también hay que mencionar que a raíz de la pandemia por COVID-19, las capacitaciones disminuyeron debido a las restricciones.

También se observó el notable interés de los TAPS, en formarse en cursos que ofertaba la Organización Panamericana de Salud (OPS) a través del Ministerio de Salud Pública (MSP). La mayoría de los cursos también partían de la perspectiva biomédica, como, por ejemplo: la detección de pacientes con afecciones cardíacas; temas de epidemiología; y sobre técnicas biomédicas como la toma de muestras de esputo.

El interés de los TAPS por la formación continuada es constante, incluso en aspectos que no les son propios de su competencia, sino de competencias de otros profesionales como puede ser de enfermería. En una ocasión, cuando realicé una de mis visitas exploratorias al terreno —antes de iniciar el trabajo de campo de forma oficial—, algunos TAPS me manifestaron su interés por que les ayudara a capacitarse en canalizar vías y poner inyecciones. Ya meses después —y ya en la realización del trabajo de campo—, retomando una conversación similar, ya me dijeron que no podían hacerlo, que no les daban permisos. Supongo que aquí, ante su insistencia en este tema, alguien les comentaría que eran procedimientos propios de la competencia enfermera y por lo tanto que no lo podían hacer.

Por otro lado, pese a la continua información/formación biomédica que reciben, mantienen los conocimientos propios de su cultura en cuanto a la atención en salud, a pesar de que —como también manifiestan—, los han ido perdiendo. Por tanto, su formación y capacitación hace verlos como un modelo mixto a partir de la formación biomédica impartida por el MSP y por los conocimientos de medicina tradicional indígena/ancestral y popular que han heredado de su cultura, generación tras generación, así como bien señala PSnI no son de aquí ni de allá, pero en todo caso parece que la formación biomédica está ganando terreno.

Yo pienso que son ellos en un modelo mix, ahí en un mixto, porque ellos también se han capacitado y han estudiado todo lo que es la medicina tradicional [aquí el PSnI se refiere a biomedicina], como la medicina ancestral y la medicina ancestral es con la que crecieron, con la que probablemente ellos, ehh muchas de las de las mujeres [hace

referencia a las TAPS mujeres] aquí han dado a luz en su casa con parteras, no han ido a hospitales porque tienen todavía su percepción de que su cultura es lo más importante y cuando ya realmente no se pueden curar de alguna manera ya te dicen. ‘Sabes qué?, doctor, vea, estoy con gripe, me duele mucho la garganta, me tome tal cosa’, porque ellos son los principales clientes y pacientes de aquí o del centro de salud. Entonces yo creo que es un mix. (Jorge_MED_27)

(...) ellos tienen un montón de conocimiento, uno por los años que han pasado aquí y otro porque por el trabajo en las comunidades que ellos han hecho. El trabajo de ellos es todo el tiempo extramural y la relación, o sea, ellos están ahí en la mitad entre uno y otro. Entonces eso es un mix que ellos hacen para que funcione, o sea, que haya que haya un equilibrio en ese entorno, entre lo que lo que te dice el médico, lo que te dice la partera, por ejemplo. (Oscar_MED_26)

O sea, no son ni esto ni lo otro, porque no tienen esa ese nivel de instrucción que nosotros tenemos. Pero tampoco llegan a tener ese nivel de instrucción bajo que generalmente la comunidad tiene, entonces están en esa parte intermedia. No los veo como ni esto, ni lo de acá, pero sí me dice la medicina ancestral, sí, sí son una parte importante en la medicina ancestral. (Santiago_ENF_25)

(...) nosotros como vuelta a nosotros, como mis abuelitos, mis papás que antes sabían hacer medicina ancestral como ya saben campo no hay, o sea, hay las plantitas por ahí. Sí, sí, sabemos, (...). Sí, estamos colaborando igual ahí nosotros, remedios de campo. Sí, poco pero no mucho poco ya no como antes mis abuelitos. (Miguel_TAPS_34)

5.2.2.3. Los TAPS y el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS)

En cuanto a los TAPS y el resto del EAIS, existen distintas apreciaciones entre sí, que nacen principalmente de las experiencias en el trabajo tanto intra como extramural. En este punto creemos que la visión de los TAPS, por su experiencia y permanencia en el CS son importantes cuando se trata de describir la práctica del PSnI en el contexto intercultural. Los TAPS son personal permanente del subcentro y llevan casi ocho años trabajando en las comunidades a través de los servicios que presta el centro de salud por, otro lado está el PSnI que rota cada año, salvo el médico especialista⁶⁰ Por tanto, los TAPS han visto rotar varios grupos de PSnI y sus apreciaciones parecen mostrar una realidad que de alguna manera se sustenta también en otros resultados de este estudio.

Por una parte, desde la apreciación de los TAPS y desde su propio sistema de representaciones indígena, estos profesionales inicialmente son vistos como extraños y con desconfianza, *“la gente primerito no confía”* (Ana_TAPS_27), por lo que los TAPS son quienes los presentan a cada comunidad, para que de esta manera se integren y sean aceptados: *“sin nosotros ellos no pueden entrar a las comunidades, no les dejan.”* (Miguel_TAPS_34)

Otro de los aspectos de la relación con el PSnI —y las comunidades—, tiene que ver con la itinerancia del PSnI, lo que al final genera poca experiencia e insuficientes destrezas en la práctica y su relación con su propia cultura indígena. Muchas veces han tenido que presenciar situaciones de rechazo y discriminación a su cultura.

(...) Bueno, sí, tienen una poca diferencia [término que expresa el trato desigual y discriminatorio] porque siempre cuando sale a la comunidad, entonces ellos como

⁶⁰ El médico especialista de la medicina familiar y comunitaria es un médico itinerante que hace rotaciones entre hospital de otra localidad y el centro de salud, pero tampoco es permanente.

profesional, entonces algunas cosas, así ellos como que queda sí viendo entonces, por ejemplo, se observa, diagnostican los pacientes. Entonces ellos no se explican nomás, por ejemplo, entregando a la medicación. Entonces ellos dicen eso hay que tomar, así, así. Entonces deja una receta. (...). (Pablo_TAPS_34)

“(...) la gente no les entiende, ellos siempre usan palabras, cómo le digo, así técnicas.”
(Ana_TAPS_27)

O como lo expresa Jorge (Jorge_MED_27) quien en una visita expresó su extrema sorpresa por la forma de vida de estas personas, aspecto que puede ser entendido como rechazo por parte de los comuneros.

(...) fue un baldazo de agua fría cuando entré por primera vez a una casa de ellos, porque nunca había entrado a una casa de personas indígenas, entonces sí, fue un golpe. Porque como como le digo, nunca había yo visto cómo viven, cómo, cómo comen, qué costumbres tienen, que la mayoría de las veces tú llegas y ves una mujer con sus hijos en la casa. Entonces sí fue hasta adaptarse fue duro, (...) ellos se dan cuenta clarito si es que tú le respetas, le respetas sus costumbres, le respetas cómo está vestido.
(Jorge_MED_27)

Así mismo dentro de las habilidades relacionales, los TAPS durante alguna de las caminatas —mientras realizaba mi trabajo de campo en la comunidad—mostraron su apreciación sobre aspectos cotidianos como: el tono de voz; las palabras que se usan; e incluso el movimiento corporal del PSnI. Aspectos que desde el sistema de representaciones sociales indígena son determinantes en su percepción de “*buen o mal trato*”. Estos aspectos del acento y tono al hablar hacen que en ocasiones asuman que les “*están hablando*” [tratando mal]. Los TAPS hacen referencia a la serie de experiencias que pudieron tener los comuneros.

Experiencias negativas que pudieron tener en los servicios de atención debido a distintas formas de discriminación o violencia, “*por eso ha de ser también que han sentido miedo, entonces saben decir que no vienen porque hablan*” (Pablo_TAPS_34), haciendo referencia a que muchas personas sienten temor ante el trato con el PSnI por eso no acuden al centro de salud.

Por todo ello, las personas de la comunidad “*sienten recelo y timidez*” de hablar con desconocidos y más con el médico o “*doctorcito*” –término que usan para referirse a todo el PSnI–, por lo que usan un tono de voz bajo que contrasta con el tono de voz fuerte y rápido de las personas de la región costa⁶¹

Las relaciones entre la comunidad y el EAIS, estaría determinado también por el interés en conocer la comunidad. Para los TAPS es importante que el PSnI conozcan sus costumbres y la realidad de su comunidad, pero el PSnI a veces no les interesa conocer más, por ejemplo, sobre medicina ancestral, a partir de aquí entender y estar al tanto de cómo relacionarse con el paciente.

(...) entonces algunas de ellos quieren, o sea, quieren aprenderlo, lo que es medicina ancestral, algunos como que desconoce y para ellos como que no importa. Entonces algunas profesionales a tener esa oportunidad de trabajar con trabajar con las parteras, intercambiar la idea tanto de medicina ancestral, tanto de ellos. Entonces algunos profesionales si saben que es medicina ancestral, algunos profesionales, otros casi no toman en cuenta, entonces no, ellos desconocen mayor parte lo que es medicina ancestral, decir que hay que compartir lo que la persona sabía, que sabe cómo su conocimiento en lo que utilizan plantas medicinales para mí sería que lo que ellos

⁶¹ La región costa se caracteriza por ser una zona de clima cálido, más próximo a las costas del pacifico, a esta zona pertenecen una parte del PSnI que realiza su año de salud rural en el centro de salud.

vienen y trabajar (...) durante su trabajo para que tenga el conocimiento porque es muy importante, porque o sea por naturaleza nosotros vivimos entonces eso sería muy importante para pueden ayudar en las comunidades. En cuanto de interculturalidad los profesionales que trabajan sí faltan el conocimiento para que ellos tengan o sea buen trato hacia el paciente. Entonces la intercultural les faltaría a los profesionales mestizos que vienen a trabajar acá a centro de salud. Entonces eso sí faltaría, porque como ley dice la intercultural es muy importante, donde que nacemos, donde vivimos como pueblo indígena. Algunos dicen que ya casi no le gusta, entonces no sería. Cada profesional que viene sería importante saber. La realidad de la comunidad que vivimos, porque el de la gente. (Pablo_TAPS_34)

Por otro lado, como se pudo evidenciar, el PSnI en pocas ocasiones se incluye y participa en actividades comunitarias como: mingas⁶², eventos religiosos o festividades de las comunidades. Cuando el PSnI es invitado, en su lugar envía un delegado que por lo general es un TAPS, a menos que en la invitación se exprese la necesaria presencia del coordinador de centro de salud. Estas situaciones que se dan no contribuyen a integrar al PSnI en la comunidad ni a generar empatía hacia la misma.

5.3. Los claros y oscuros que escriben la interculturalidad

En este resultado se describe y analiza la articulación —enfoque intercultural— entre el modelo biomédico y la comunidad, principalmente la articulación con las madres indígenas y los curadores de la medicina tradicional indígena. Para el desarrollo de este análisis el

⁶² Minga: palabra quechua que significa, reunión de amigos y vecinos para hacer algún trabajo gratuito en común.

apartado se estructura en dos subapartados: 1) Concepción de la interculturalidad; y 2) Articulación entre la medicina occidental y la comunidad —que contemplará i) la atención y acciones de cuidado y ii) el intercambio de saberes: medicina ancestral y medicina occidental—

5.3.1. Concepción de la interculturalidad

Para poder concebir el enfoque de la interculturalidad en la atención del centro de salud de Chugchilán, en primer lugar, mostramos las concepciones de la interculturalidad que mantiene el personal de salud. Estas concepciones responden a aspectos particulares de los profesionales sanitarios ya que en ellas confluyen una variedad de saberes que parten tanto de su cultura personal y el modelo biomédico, así como de sus “experiencias” trabajando en contextos multiculturales.

Para el PSnI la interculturalidad se ve, simplemente, como la relación entre culturas diferentes y donde cada una percibe las cosas de forma diversa.

Porque si hablamos de cultura, aquí todos los indígenas pertenecen a uno sola, los panzaleos, pero en comunidad cada uno tiene sus costumbres y cada uno ve cómo funcionan las cosas, internamente por eso digo son, son micro culturas. (...) Entonces sí, incluso internamente dentro del centro de salud. Y cómo se relaciona el centro de salud con el resto de las comunidades, pienso que si hay una interculturalidad bárbara. (Oscar_MED_26)

(...) entiendo yo como la fusión de dos culturas, la fusión de que hay, pienso yo, que hay varias culturas, incluso siendo una comunidad o una parroquia, por así decirlo, conformado por las comunidades que somos. Hay una percepción distinta de cómo funcionan las cosas en cada uno y tú te das cuenta. (...). (Jorge_MED_27)

Esta concepción de la interculturalidad, como “fusión” o “mezcla” entre culturas, cuando se enfoca ya más concretamente a la atención sanitaria, solo reconoce dos tipos de medicinas y atención —la medicina occidental y la medicina tradicional indígena—, desconociendo que existen más de dos formas de atención —como sería el caso de la autoatención—. Para el PSnI estos dos tipos de medicina conviven y se relacionan desde un mismo nivel y de forma armoniosa, por lo que no amerita discusión de si están al mismo nivel o no, o si da en condiciones de igualdad. Por tanto, conciben una interculturalidad armoniosa, marcada en el respeto y que no reconociendo la imposición que sufre la medicina tradicional indígena y aún más el saber materno por parte de la biomedicina.

Interculturalidad es como con un nivel de cómo que ambas, ambos tipos de culturas, ambos tipos de medicina estén al mismo nivel que en ninguna se impone a la otra. O sea, yo pienso que esos son conceptos (...) como por ejemplo la igualdad de género. O sea, son conceptos en que se debería entender que están al mismo nivel. Entonces no debería haber como que la discusión de que si están al mismo nivel o no. Entonces yo pienso que, con la interculturalidad, en caso de salud, también es lo mismo. Debería haber un respeto mutuo y entenderse las dos al mismo nivel. (...) yo pienso que, como cultura, si, no, no he visto nadie de alguna cultura que quiera imponer sobre sobre la otra cultura se respetan y se dejan vivir a la par. (Jorge_MED_27)

(...) entiendo yo que o sea que bueno, mi país tiene varias culturas y debemos respetar a todas ellas. No sé, y la interculturalidad debe estar inmersa tanto en salud, estar inmerso en todo, obviamente en lo indígena, entonces creo que respetar su cultura sus plantas no [los tratamientos y remedios se realizan en base a las plantas] y eso y trabajar por el bien de la comunidad, llevarse bien. (Nora_ENF_24)

La interculturalidad en salud también se concibe como las acciones o estrategias que hacen que la salud —programas de salud— lleguen y sean aceptados por la comunidad, de manera que les permita modificar las representaciones indígenas. Por tanto, de los discursos del PSnI también se desprende que la interculturalidad es funcional a los intereses del poder hegemónico en salud.

La interculturalidad en salud, desde mi punto de vista es la manera como la salud [referencia al sistema de salud biomédico y sus programas] se mezcla con diferentes culturas, en este caso estamos hablando de la indígena. Entonces, cómo la salud llega a esta población indígena que tiene diferentes culturas, diferentes tradiciones. Entonces, cómo se llega de una otra manera, a cambiar la perspectiva de la población indígena, como el profesional de salud puede brindar esos servicios de salud a la población indígena y estos cómo lo aceptan. (Santiago_ENF_25)

En este sentido la interculturalidad es funcional al sistema, ya que cumple con lo establecido en el MAIS-FCI pues instrumentaliza el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural, particularmente en su objetivo de lograr el acceso y disminución de complicaciones y riesgos para la madre y el/la niña. (MSP, 2012).

[En referencia al parto] La normativa dice que a las 24h se debe hacer el control si fue en domicilio. (...). Las que dan [dan a luz] en hospital, las mandan a la casa y les mandan con una referencia. Ellas tenían, tienen que asistir el día siguiente acá para darles atención y volverlas a hacer la cita porque son cuatro controles después del parto. Pero no hacen eso, yo todos los pospartos, por ejemplo, yo todos los controles de parto,

de posparto tengo que ir todos a ir a la casa porque ellas no, no vienen. Es como que ya parieron y ahí se acabó, sólo cuando ya se sienten mal vienen. (Mayra_OBST_26)

La interculturalidad, también se ve representada como el trabajo en conjunto con los representantes de la medicina tradicional indígena y con los actores sociales de las comunidades —dirigentes de las comunidades—. Esta visión más funcional, se personifica en el reconocimiento de la medicina tradicional indígena, a la que se le respeta, pero sin reconocerle la efectividad de la medicina occidental.

(...) es los médicos todavía trabajan con las parteras, con los Kuypichak, con Yachaks, todos estos eso trabaja en equipo y ya no se trabaja aparte médico acá y los Yachaks de la comuna, trabajan en un equipo, organizar eso. Por eso aquí va a tener nuestra reunión de parteras, (...) entonces eso. Por ejemplo, comité local de salud. Eso hay trabajamos en grupo todo y organizamos todas esas cosas. No estamos por acá cosas que están en equipo como actores sólo de las comunidades, eso es a interculturalidad, así comité local de salud pertenece por el momento pertenecen algunos dirigentes de la comunidad, porque en este momento estamos 25 personas que participan en eso. (Miguel_TAPS_34)

A ver, yo pienso que la medicina tradicional hay que respetar sus bases, sus principios, pero yo no pienso que sea una medicina, un tipo de medicina muy efectiva, aja. Puede tener sus ideas o sus resultados (...) en algún momento, pero habiendo el desarrollo de la ciencia, y como se demuestra que una cosa es efectiva (...). No pienso que sea muy recomendable dejarlo en manos de la medicina tradicional. (Jorge_MED_27)

Por su parte, para los TAPS la interculturalidad se traduce como “su cultura”, son ellos, son sus costumbres y tradiciones, su forma de vida. Sin embargo, reconocen que es una palabra que no se entiende, ni por ellos, ni por el PSnI. Es reconocer la diferencia entre lo que es la vida del campo —la vida del indígena— y la ciudad —la vida del mestizo o del blanco—.

Nuestra convivencia, tanto en nuestra cultura, nuestras costumbres, así donde nosotros vivimos en el campo, en comunidad, la educación... la interculturalidad, es un parte muy amplio en lo que nosotros vivimos y compartimos nuestras experiencias y conocimientos hacia la nuestra familia y la comunidad. Eso sería para mí la interculturalidad.

(...)

Bueno, ahí ese yo también soy indígena, pero trabajar con las comunidades indígenas en tema de tanto en educación, tanto en la salud juntos. Si ha habido un poco de diferencia porque por qué algunas personas casi mestizos o indígenas de entonces casi no son iguales. Entonces eso lo intercultural es como dicen entonces, algunas profesionales de salud entonces casi no se entienden que tema es, algunas nosotros como indígenas sabemos la intercultural vuelta es nuestra identidad, es lo que como vivimos en el campo [en la comunidad indígena]. Entonces sería para mí entonces si hay una poca diferencia lo que es del campo a la ciudad. (Pablo_TAPS_34)

5.3.2. Articulación entre la medicina occidental y la comunidad

En este subapartado se pretende analizar cómo se articulan los diferentes modelos de atención, en referencia al modelo biomédico, el modelo de medicina tradicional indígena y el modelo de autoatención —que contempla aspectos de la medicina occidental y de la MTI/A—

La atención y las acciones de cuidado

La atención en contextos interculturales va más allá de la práctica biomédica o un enfoque intercultural prescrito en un manual o en modelo de atención, ya que la relación entre el saber biomédico y el saber indígena se ve permeada en la práctica por factores culturales, ambientales y socioeconómicos. El PSnI ante estos factores, pone en cuestionamiento al sistema biomédico —los conocimientos biomédicos y sus políticas— y su alcance. Ellos cuestionan la hegemonía del saber biomédico ya que, de alguna manera, éste termina por limitar el actuar o el diálogo de saberes.

Las normas y los protocolos te dicen horrores, te dicen barbaridades. O sea, es una utopía, es la perfección, es lo que deberíamos hacer. Pero unificar un modelo de atención integral de salud para todo un país con una biodiversidad y cultural tan amplia... Pienso que es complicado, es complicado. No tenemos, por ejemplo, un protocolo de qué hacer. Por ejemplo, si viene un paciente y te dice me tomo con esta agüita, con tal hierba del páramo ¿Qué hacer o qué recomendarles? Es, es, ¿si puede seguir tomando eso? o ¿le mando alguna medicación de la medicina tradicional [biomedicina]? no hay eso. Lamento ser parte del sistema, es un sistema podrido, donde hay mucha corrupción, donde hay gente que está dándote órdenes, gente que está arriba tuyo, que no tiene ni idea de lo que está haciendo y que no está capacitado o no ha estudiado para ese cargo (...) y que todos los protocolos, las normativas o lo que sea tienes que hacer, tienes que hacer, así sean cosas absurdas, tienes que hacerlas. (Jorge_MED_27)

No, la verdad no, no he estado directamente en un parto con ellos, tampoco podría (...). Sí, me da curiosidad, pero realmente no podría yo, por la situación de que si se

complica. El problema va a ser para mí, por el distrito [autoridad local de salud] porque yo estaba viendo y yo soy la profesional ahí entonces eso sí es un poco difícil esa situación para mí. (Mayra_OBST_26)

A partir de las limitaciones en el actuar, durante el trabajo de campo se pudo observar que, aunque en ocasiones el PSnI preguntará a la madre u otro usuario si ha asistido a curador de la MTI/A, estas preguntas no tenían como objetivo conocer más sobre sus formas de atención sino más bien iban encaminadas a buscar posibles contraindicaciones —con remedios caseros o medicina natural vs medicina occidental— que afectaran el tratamiento farmacológico.

En la práctica el PSnI debe debatir su quehacer entre lo determinado por el MSP a través del MAIS-FCI, las autoridades locales y los aconteceres diarios de la vida o la práctica real. Por tanto, una serie de realidades socioeconómicas que son reconocidas, deben ser ignoradas para dar cumplimiento a una sucesión de lineamientos establecidos desde el liderazgo del sistema de salud biomédico, ya que quienes ejercen la atención en la práctica —PSnI— poco pueden hacer en este ámbito y solo pueden intervenir en base al único recurso propio que tienen, y este es: el saber —conocimiento—biomédico.

(...) pero los niños que tienen la enfermedad, la desnutrición, que es algo que hay aquí bastantes, no o sea niños con talla baja, con peso bajo, pero ¿cuál es el tratamiento de esas patologías? es la alimentación. (...) tenemos la primera parte, que es el diagnóstico y la referencia, pero de ahí ¿qué continua? el tratamiento, (...) pero la comida no lo damos nosotros. Entonces es un proceso incompleto, porque ¿de qué servimos mandarles la referencia nutricionista? que el nutricionista le diga tiene que comer tal cosa, si a la final no tienen dinero para comprar eso, entonces es como que tiene la parte

buena de que diagnosticamos, pero después ya no damos, logramos nada.

(Paola_MED_25)

(...) Entonces siempre es de parte y parte y uno como médico siempre busca el bienestar de la persona. (...). ‘No, yo me quedo en mi casita y me muero con mis animalitos’ y o las embarazadas que dicen: ‘no sabe que yo no puedo bajar al hospital porque tengo más hijos, porque se me mueren mis animalitos, porque la cita es muy tarde no encuentro carro’ y ‘atiéndame rápido, porque yo tengo que ir al campo, tengo que trabajar, nadie me mantiene’ y eso te dicen. Por ejemplo, entra una embarazada le tengo que pasar con la odontóloga, la embarazada se va porque ‘no me atendieron rápido’, entonces, pero no tenemos que entender que es un impaciente, es un inconsciente, con el con el sistema de salud, ¡no!, es porque tiene su razón de ser. Entonces hay muchas barreras, muchísimas barreras para los profesionales. (Jorge_MED_27)

Una parte si viene, otra parte hay que ir a buscarla. Entonces me han sabido decir que mientras haya carro ellos pueden venir. Mientras no tengan vehículo, ellos no pueden venir porque es un viaje largo de a pie. Son cuatro horas, me imagino a pie. Entonces no cualquier persona va a venir al centro de salud a hacer ocho horas de viaje ida y vuelta. Entonces si hay carro, ellos se acercan al centro de salud por sus diferentes molestias. (Santiago_ENF_25)

A partir de la orientación del MAIS-FCI que propone un acercamiento directo de los servicios de salud a las personas, la práctica médica está sometida, por ejemplo, al cumplimiento de un número de visitas.

Otra cosa también suele ser la estrategia de médico del barrio porque a veces no está muy bien definido cuántos. O sea, no a ver, nosotros utilizamos la estrategia del médico del barrio para salir a visitar a los pacientes vulnerables y prioritarios. Y algunos lugares son muy alejados, cuesta mucho llegar hasta allá y a veces, no suelen estar los pacientes (...) eso también es bastante complicado porque, porque según el MAIS [refiriéndose al MAIS-FCI], nosotros cuando salimos a salidas extramurales debemos me parece que son cinco o seis casas por salida entonces lo cual no representaría más de diez, once pacientes. Y cuando salimos de extramural, la población requiere más que once o doce consultas médicas, suelen requerir a veces treinta consultas para un solo médico. No avanza eso. Entonces en eso suele haber una muy mala planificación, porque no solamente es el brindar la atención, el examen físico y anotar lo que se hace, sino también es hacer la receta, descargar la medicación, explicar a los pacientes. (Paola_MED_25)

A partir del trabajo de campo, se observó que en la práctica, la interculturalidad real en Chugchilán se construye entre la tensión y el conflicto. Es la constante tensión a la que se enfrentan en la interacción con los conocimientos y prácticas de los usuarios/pacientes indígenas lo que hace que al final el PSnI se sienta frustrado. Algo que incluso pudimos observar, durante las interacciones con las personas indígenas, fue que los conocimientos biomédicos por parte del PSnI parecen ser insuficientes frente al saber y práctica indígena. Por ejemplo, esto se evidenció en alguna ocasión en que luego de caminar horas para examinar a una paciente, ésta termina por rechazar el tratamiento o no desea realizarse los exámenes diagnósticos recomendados por el PSnI.

(...) la semana pasada fue el viernes. Vino una señora con una caída, se cayó de dos metros supuestamente, (...). Pero es X la causa, la cosa es el trauma. Entonces vino con un edema de la muñeca. Para mí era una fractura. O sea, había dificultad para la

movilidad, hinchazón, inflamación, dolor a la palpación y todo. Entonces yo lo que hice es hacer lo que la medicina tradicional [medicina occidental] lo dice. O sea, a mí que me dice el ministerio, que me dice mi conocimiento, me dice que tengo que llamar al hospital y hacer una radiografía y curar a la paciente, pero ellos no, ni siquiera me aceptaron la referencia, ni siquiera me aceptaron. Ya les gestionamos el transporte con los policías porque ahorita estamos sin ambulancia. Pero el Señor me dijo ‘sabe que no, yo no le voy a llevar, yo le voy a llevar donde el sobador y ahí se ha de curar’, ¡perfecto!, o sea, llega a un punto en que. O sea, eso sí, sí te choca y en cierto punto te molestas. ¿Entonces para qué vino? Si es que no me deja ayudarlo, si es que no tengo una radiografía porque aquí las cosas son muy limitadas y todos los cuadros de los pacientes y las enfermedades las resolvemos a través de clínica.

(...)

Yo pienso al menos del mundo de la tradicional [hace referencia a medicina occidental o biomedicina], siempre te va a pedir evidencia científica de que algo sí funciona, pero que ¿se puede trabajar con las dos? sí, yo pienso que hay, al menos en este centro de salud, sí se lo hace, nosotros respetamos las creencias de los pacientes y a cierto punto nos quedamos callados y chévere, por ejemplo, la señora yo pienso que está fracturada, espero que no, porque con, con el mejor sobador del mundo no se va a curar, pero tenemos ese respeto de que el paciente por sí mismo se cure (...). Entonces, en cierto punto es el respeto de ambas partes. (Jorge_MED_27)

O sea, de lo que vi que fue, bueno en Guayama, que una chica que dio a luz con partero y tenía un desgarré. Entonces fuimos a visita médica, la obstetra y yo, pero, la señora se negaba a que le revise la obstetra y también le queríamos poner medicina y no se negaba totalmente, pero de ahí, le hicieron entonces firmar un consentimiento de que,

si es que pasaba algo peor, entonces era responsabilidad de ella, pero igual así no, accedió a que le revisen. (...). Es que no, es que ella decía que no, que su mamá igual dio luz en casa, incluso le explicaron todos los riesgos y todo, pero no cedió. Dijo que su mamá igual tuvo cuantos hijos y no ha pasado nada. (Nora_ENF_24)

Cuando yo llegué, al menos tuve un caso de que no se querían dejar atender. No querían y la paciente se me estaba complicando, pero no quería y no quería, no querían, y se pusieron muy molestos porque ellos tienen sus costumbres y sus costumbres es curarlo con medicina natural, que sea todo en casa y no en el hospital, porque ven al hospital como que los va a matar. Y entonces sí se me hizo eso súper difícil. Luego le dejé antibióticos, me firmo el consentimiento eso no quería tampoco y me fui. En la noche me tocó volver a inyectarle el antibiótico porque no se había tomado, era una postparto en la vivienda. (Mayra_OBST_26)

En las interacciones del PSnI con las madres, también se evidenció que no se daba la articulación entre saberes y prácticas. Sólo en ciertas ocasiones se daban ciertas concesiones en el uso de ciertas prácticas de la medicina tradicional indígena. Por ejemplo, en la consulta no se recomienda o incentiva el uso de la medicina tradicional/ancestral ni se promueven los cuidados populares de la madre. Pero cuando daban concesiones, éstas no eran espontáneas, sino que se daban a partir del requerimiento de las madres o usuarios.

“Respecto a lo de las agüitas si es una pregunta frecuente ‘¿con qué se pueden tomar?’. (...) Ahí sí lo único que he llegado a recomendar es agua de manzanilla, porque en algunos sitios sí se recomienda, si se menciona que tiene cierto efecto antiinflamatorio (...).” (Paola_MED_25)

Esta frase es típica de cada consulta, le mandas por ejemplo un antibiótico y siempre te preguntan ‘¿con qué agüita tengo que tomar?’ entonces te quedas ¡mmm! para mí, la respuesta que siempre les doy es tome con un agua que sea hervida, agüita de hierbas, de lo que usted quiera, agüita de manzanilla, de cedrón, lo que sea, no sé. (Jorge_MED_27)

(...) pueden poner cualquier plantita desde de su medicina tradicional. Entonces en ese aspecto sí, sí les damos la apertura siempre y cuando este también sea saludable, o sea, cómo lo vamos a decir, un agua que coja del río sin hervirla, entonces agua hervida con las plantitas que ellos ponen que les han puesto desde milenios y milenios. Sí, es correcto entonces eso, siempre le damos apertura, nunca le vamos a decir no, no puede hacer esto o esto. Entonces si hay, si hay al menos esa apertura para que ellos usen sus las plantas que siempre han usado durante toda su vida. (Santiago_ENF_25)

También fue posible identificar otras estrategias que operan de forma espontánea en la prestación o atención haciendo adaptaciones de sus prácticas. En ocasiones durante el trabajo de campo pude acompañar a los TAPS y enfermeras en largas caminatas para colocar la vacuna a los niños/as menores de 5 años. En estas ocasiones se observó como las comunidades compartían sus platos de comida con los profesionales del centro de salud, se sentaban juntos, conversaban por varios minutos, se llegaban a hacer algo de bromas para ganar confianza.

Como punto relevante queremos poner el foco en que la mayoría de estas concesiones y adaptaciones de orden socioafectivo son realizadas principalmente por el personal enfermero sin descartar las que hace el personal médico de instituciones de educación superior específicas.

(...) he tenido que cambiar, creo que es un poco la lengua, expresarme con cuidado de ahí no he tenido que hacer nada (risas). Creo que no sé hablar con, no hablar con palabras muy técnicas al punto de, explicarle algo, creo que en ese sentido eso no más, de ahí no más. Si es como querer decir ósea decir esputo o no me tienden, ahí hay que decir ““salivado””, gargajo o algo así (...). (Nora_ENF_24)

También cabe señalar, los esfuerzos de algunos profesionales por proponer procesos de negociación, que por otro lado no dejaban de estar sujetos a jerarquías y al ejercicio de poderes a partir de un modelo médico hegemónico, ejerciendo presión a las familias sobre la toma de decisiones —por ejemplo, con el tema de las vacunas—.

(...) yo he escuchado a un montón de teorías que tienen los papás de por qué no les quieren vacunar, entonces nosotros les convencemos: ‘Vea, si no le pone la vacuna y le coge esa enfermedad, se puede morir su hijo’. Y en cierto punto juega bastante aquí la psicología de cómo uno le trata el paciente: ‘Sabe qué señor, si no se pone. Porque nosotros tenemos que cumplir y sabemos que la vacuna está bien y que ese niño no se va a enfermar, si es que le ponemos la vacuna’. Entonces ahí recapacitan un poco. Pero nosotros internamente sé que está mal porque les estamos mintiendo, porque eso no es verdad, pero es la única manera de llegar, porque yo sé que si es que no le pongo ese niño va a tener problemas, puede caer alguna enfermedad, se puede morir. Es por bienestar de ellos. (Oscar_MED_26)

Cuando una embarazada viene por la primera vez, es hacerle entender de que es por su salud, es por su bienestar y que, si es que no se hacen los controles, se puede morir. Está demostrado que, si es que controlamos mensualmente, hay menos riesgo de mortalidad y una de las cosas que prima aquí, gracias a Dios, no hemos tenido muertes

maternas. Gracias a Dios. (...) entonces de los grandes problemas con las embarazadas, pero todo depende de cómo se le explique a la paciente con imágenes, con fotografías, hacerle tener conciencia o hacerle incluso sentir mal. Por ejemplo, a veces, cuando no vienen tres meses a control señora, ‘¿por qué no vino? No sea irresponsable’. ‘No piense en usted, piense en su hijo, se puede morir’. Entonces ahí hacen conciencia los pacientes, las pacientes recapacitan y dicen como que sí ‘Es por mi salud, es por el bienestar de mi bebé, por mi bienestar como madre, entonces lo voy a hacer’. Entonces yo pienso que esos dos programas si hay sus barreras y sus dificultades, pero no hay nada que no se pueda solucionar. (Jorge_MED_27)

A partir de los hallazgos vemos que en la práctica de la atención del PSnI hay un intento por incluir el saber popular o saber indígena, desde el reconocimiento de la diferencia. Sin embargo, también se pone de manifiesto que estas acciones no dejaban de estar sujetas a jerarquías y al ejercicio de poderes a partir de un modelo médico hegemónico. Como en el Centro de Salud (CS) donde se replica exactamente los lineamientos que establece MAIS-FCI con la veeduría y el control de las autoridades sanitarias, que fueron establecidas en un sentido homogéneo para todo el país.

Por otro lado el trabajo de campo permitió determinar que las normativas y protocolos médicos se presentan como aspectos limitantes, donde el PSnI se somete a su cumplimiento. Ya que en la práctica asistencial, el incluir otros saberes sin evidencia científica, los podría poner en riesgo de caer en una mala práctica médica. Por este motivo, al médico, enfermera, obstetra y odontólogo, les preocupaban los efectos adversos de la medicación —incluyendo vacunas— en combinación con hierbas y plantas, por lo que tampoco en la práctica están abiertos a recomendar o sugerir un cuidado de la medicina tradicional o popular porque no está normatizado. Pero, incluso, a todo esto el PSnI trataba de realizar pequeñas concesiones con las mujeres indígenas, lo que se aprecia en confusión y frustración molestia por parte del

médico [representación social de cualquier miembro del equipo de EAIS, excepto TAPS]. Entonces una práctica dispuesta se conjuga con lo real cuando el PSnI debe realizar adaptaciones o concesiones para adaptar su práctica, para por un lado cumplir y por otro atender a una comunidad con sus propias creencias y a la vez demandas. Por tanto, se aprecia un enfoque intercultural funcional a los intereses del MSP, que responde a una atención circunstancial, donde los saberes que se reconocen se “respetan” tratando de no cruzar los límites del otro.

Vemos así, que el dialogo de saberes o dialogo intercultural es más bien un aspecto discursivo que difícilmente se acciona en la práctica asistencial, mostrándose por un lado una perspectiva de la interculturalidad relacional —intercambio entre prácticas y saberes distintos en condiciones de igualdad, pero que termina ignorando las diferencias en términos superioridad e inferioridad—. Y por otra parte, una perspectiva de la interculturalidad funcional al sistema dominante (Walsh, 2012), limitando la interculturalidad al contacto, convivencia y tolerancia y donde en ocasiones aparece un intento por “civilizar” el conocimiento ancestral.

Por otro lado, en la atención y las acciones de cuidado, los TAPS se adaptan a las diversas situaciones que se presentan en los encuentros con la comunidad, ya sea entre ellos y el paciente/usuario indígena o siendo parte del EAIS. Los TAPS son conocedores de la MTI/A y la biomedicina, y este hecho hace que en función de la situación que se presenta en la atención, ellos orienten sus acciones de cuidado —ya sean indicaciones, recomendaciones, informaciones, entre otras— a los pacientes/usuarios indígenas. Estas orientaciones pueden ser tanto desde una perspectiva más biomédica, como desde la perspectiva de la medicina tradicional/ancestral. Así mismo los TAPS, también diagnostican y pautan tratamiento en función de la situación que presenten los pacientes/usuarios, actividades que podrían clasificarse como actividades de autoatención.

(...) por ejemplo, ahorita nosotros. Ya saben, la comunidad ellos siempre, esta comunidad sabe aquí a nosotros buscan. Por ejemplo, (si) las parteras, por ejemplo, cogen un parto, siempre vienen comunicar a nosotros. Por ejemplo, algún familiar ya está con dolor de parto la embarazada. Entonces es que no pueden ir al hospital, así como nosotros comunicamos los pacientes o las parteras, yachaks. Yo cuando vamos la verdad, tomamos los signos vitales, aunque no sabemos datos. Si tomamos signos vitales, la temperatura, todas esas cosas. Y ahí toca comunicar que es, no sé no, dependiendo de los pacientes algunos quieren por ahí yachakv [curador tradicional] o algunos quieren kuypichak [curador tradicional]. Pues ya, dicen que quieren y se va buscando, avisamos entonces, si es que no hay y si son graves ya conociéndonos ya vamos al hospital así, ya depende, depende de cada persona porque sí tienen derecho, ya no, tampoco nosotros podemos obligarlos, les decían ya sí tiene su conocimiento, entonces me voy a tal parte de algo que me voy a Zumbahua, porque Zumbahua está más cerca y hay más carros. Por ejemplo, a Zumbahua si hay full carros, pero a Sigchos es muy lejos, a veces no hay. Es complicado en que bajar y en que subir, eso. (Miguel_TAPS_34)

Sí, sí, sabemos, decidió siempre y colaborado algo por un paciente que necesita alguna cosita. Sí, estamos colaborando igual si hay nosotros, remedios de campo [remedios caseros o de la MTI/A], como plantas nativas eso. Sí, poco pero no mucho poco ya como antes mis abuelitos. Sí, Ellos sí, sabía mucho, que se sabía eso ya casi no ocupa mucho, pero igual sí, sí sabemos cómo hacerlo. Si yo, utilizamos esto es cualquier enferma, por ejemplo, coge una gripe por allá, un agüita de tifo, de menta, todas esas cosas y el eucalipto. (Miguel_TAPS_34)

(...) yo en ese parte cuando, como estoy trabajando aquí. Entonces si se apoya a las personas cuando llega [llegan a la casa], entonces cuando algunas vienen más doloridas, entonces eso dicho que íbamos a llevar ahorita porque aquí vamos a ayudar entonces, si yo como trabajador se incentivar a dar a la gente para que llegue el de recibir lo que es de medicina biomédica, así decir medicina occidental. (Pablo_TAPS_34)

Cuando recomienda los profesionales de la salud, entonces cuando nosotros salimos a visita, entonces justo encontramos algunas personas que presenta con sintomatología, dejamos a ellos igual para tomar pastilla, siempre sí hacen agüita, toman con agüita medicinal, entonces eso igual sí utilizan tanto biomédica como ancestral. (Pablo_TAPS_34)

Así, además de que los TAPS ejercen las funciones propias de su formación biomédica, también tratan de responder a otras necesidades de los pacientes/usuarios, ya sea ejerciendo prácticas propias de la medicina tradicional o actuando como intermediarios o enlace con la biomedicina. Por tanto, a partir de los TAPS se estarían gestando nuevas y no reconocidas formas de dialogo de saberes. A partir de ellos se establece una nueva forma de interculturalidad o dialogo de saberes —dialogo intercultural—. Un aspecto que nace de forma espontánea a partir de los diálogos y contactos con las personas de las comunidades.

Intercambio de conocimientos: Curadores tradicionales.

En cuanto a los proveedores de la medicina ancestral⁶³ o curadores tradicionales, a pesar de que se contemplan como figuras dentro del sistema de salud ecuatoriano —tal y como se

⁶³ Proveedores de la medicina ancestral, término que utiliza el MAIS-FCI para referirse a los curadores/as tradicionales.

especifica en el MAIS-FCI—, debido a falta de presupuesto y de lineamientos claros — básicamente cuestiones burocráticas—, han hecho que no se puedan incorporar en todas las zonas del país de manera oficial —mediante contrato—. Por tanto, los yachaks, kuypichak, hierbatero y parteras, al menos en el centro de salud de Chugchilán, no ha sido incorporados al sistema de salud.

El MAIS-FCI, especifica que “la gestión y atención de salud intercultural: le corresponde a la unidad [Centro de Salud] hacer operativo, diseñando los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y [los sistemas] ancestrales, tradicionales y alternativos” (MSP, 2012, p. 46). Por ende, en el centro de salud de Chugchilán se han implementado estrategias —programar encuentros mensuales— para acercar a los proveedores de la medicina ancestral al centro de atención y así establecer un diálogo intercultural, conforme a lo que establece el MSP (2012).

En este sentido los TAPS juegan un rol fundamental ya que son el enlace —por ser parte de la comunidad indígena con los proveedores de la medicina ancestral y además son los encargados de organizar estos encuentros o “diálogos interculturales” (MSP, 2012)

Bueno, nosotros conectamos y en algunas comunidades en tema de medicina ancestral, si se están trabajando, fortaleciendo, nosotros como personal sanitario también hemos trabajado con ellos. Si ahí, tanto parteras, yachak, kuypichak, hierbatero y sobador, entonces ellos se trabajan ayudando a lo que es a las personas que sufren algunas dolencias. Entonces ellos siempre realizan lo que es de madre naturaleza y espiritualmente, entonces ellos hacen más hacia remedio natural o remedio casero. Entonces ellos si se resuelven algunos problemas pequeños, lo que se merece como es espiritualmente que pueden curar o algunas que ya no se curan misma, entonces vienen

a centro de salud, entonces eso sí, hay entonces que fortalecer lo que es medicina ancestral. (Pablo_TAPS_34)

A pesar de la falta de curadores tradicionales y parteras incorporados oficialmente al CS, los EAIS del CS implementan dentro de sus planificaciones anuales encuentros mensuales con los proveedores de la salud ancestral. Estos encuentros se dan, especialmente, con las parteras ya que en el MAIS-FCI se hace especial énfasis “a la incorporación del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los servicios de atención a la mujer embarazada y la atención del parto” (MSP, 2013, p. 45). Los encuentros/charlas son organizados por los/as obstetras del CS y en ellos participan las parteras —como parte de la comunidad— y los obstetras —como parte de la medicina occidental—.

(...) con las parteras suelen haber reuniones, no estoy seguro si son mensuales o trimestrales... con las parteras que la obstetra que tenemos está encargada de darles capacitación principal de atención al parto y el manejo de las claves obstétricas. A veces nosotros también porque toca reemplazarle. Mucha gente, yo diría que la mayoría de los niños aquí nacen, nacen en sus propias casas con parteras. (Paola_MED_25)

“Yo estoy encargada de las parteras entonces soy yo la que hago las capacitaciones. Pero a veces sí me suele ayudar un doctor, un médico. Cuando yo los capacito (...)”
(Mayra_OBST_26)

Durante nuestra estancia en el campo evidenciamos varios de estos encuentros. Los mismos que se llevaban a cabo en la sala situacional [sala de reuniones] del CS, donde acuden los proveedores que fueron convocados vía oficio. Por tanto, el encuentro se marca como un escenario, donde los curadores y parteras tradicionales asistían claramente a una clase con un

claro enfoque biologicista, como por ejemplo de la atención en el parto, donde “el profesor”, en este caso era el médico ya que remplazaba a la obstetra —responsable de realizar estas charlas— en todo momento de pie impartía explicaciones sobre: los tipos de desgarros, señalando estadísticas de éstos; focalizando en las posiciones del parto; y usando un gran número de términos de la medicina occidental como “litotomía”. Esta sesión, por ejemplo, finalizó con la recomendación de que las madres preferiblemente sean remitidas al CS o al hospital para evitar complicaciones. Este escenario, en concreto, se confirmó que los encuentros son asimétricos y subordinados que muestran el poder y dominio del modelo biomédico.

Cuando yo los capacito entonces ahí hablo de parto limpio, las claves amarillas, azul, roja [claves para determinar el nivel de riesgo durante el parto]. Les explico lo que contiene el kit, pero no se les puede dar un kit, porque ellos no saben ni poner una vía, porque como ellos todo lo hacen de manera natural. Entonces se les explica que hacer en caso de que se presenten alguna de estas cosas hasta que llegue la ambulancia. Eso se les indica, pero en si no se les puede decir tiene que hacer esto, porque no están en un hospital y no tienen los implementos necesarios. Para que auxilién a la paciente hasta que llegue la ambulancia. (Mayra_OBST_26)

Así mismo, en dichos encuentros no se pudo evidenciar que los curadores de la medicina tradicional indígena compartieran conocimientos al PSnI, tampoco se evidenció la participación del resto del PSnI, como sí lo hicieron los TAPS, pero la impartición de las charlas era por parte del médico u obstetra. Así, los hallazgos evidenciaron que al dialogo se daba principalmente con la obstetra y algún medico cuando lo remplazaba. En esta falta de diálogo entre los profesionales de la medicina occidental y los curadores de la medicina ancestral se confirmó en el trabajo de campo viendo el desconocimiento por parte del PSnI con respecto a

las prácticas ancestrales —como el parto en casa y el uso de plantas medicinales— para quienes era un tema desconocido.

“Yo sé que [...] las parteras si tienen conocimiento, por ejemplo, cuando hay una hemorragia, pueden utilizar cierto tipo de hierbas, ¿cuáles son específicamente? no, yo no conozco de las parteras, que otro tipo de medicinas usan.” (Mayra_OBST_26)

(...) realmente no conozco, porque no es que hemos tenido una capacitación. Por ejemplo, cuando yo salgo con los TAPS, hay una infinidad de hierbas, y de cosas que ellos saben (...). Entonces sí es difícil, yo he tratado de aprender un poquito, pero es complicado (...). A ver nosotros, lo que aquí ofrecemos es medicina tradicional [medicina occidental] o sea, las pastillas, los jarabes, los tratamientos (...). Esta frase es típica de cada consulta, le mandas por ejemplo un antibiótico y siempre te preguntan ‘¿con qué agüita tengo que tomar?’ entonces te quedas ¡mmm! para mí, la respuesta que siempre les doy es tome con un agua que sea hervida, agüita de hierbas, de lo que usted quiera, agüita de manzanilla, de cedrón, lo que sea, no sé. (Oscar_MED_26)

A pesar de este desconocimiento por parte del PSnI, en algunos, casos concretos, a partir de algún encuentro con los yachaks y parteras recuerdan ciertos temas.

(...) cuando tienen una herida, un corte o algo, ellos usan más ramas. No sé, no recuerdo el nombre exactamente de la plantita, pero les ponen en la herida. Ellos dicen que es de alguna otra manera, eso primero para el sangrado y luego cicatriza y de alguna otra manera es como si te cicatriza la herida como tal, así, así con la propia planta. Eso es lo que lo que me acuerdo de ahí (...). (Santiago_ENF_25)

Yo lo que sabía era el uso de hierbas para tratar el dolor de que por ejemplo las parteras si tienen conocimiento, de que por ejemplo cuando hay una hemorragia, pueden utilizar cierto tipo de hierbas. ¿Cuáles son específicamente? No, yo no conozco. Pero de ahí a parte de las parteras, no conozco qué otro tipo de medicinas utilizan. (Paola_MED_25)

En el CS los proveedores de la medicina ancestral y en concreto parteras/os, son también figuras que permiten cubrir metas y objetivos impuestos en el manual MAIS-FCI por autoridades sanitarias, en favor del sistema de salud occidental.

(...) Se les explica eso, se les explica planificación familiar, porque, de todas maneras, como ellos están directamente conectados a la comunidad para que puedan ayudarnos con eso porque a veces es muy difícil llegar a la comunidad con lo que es planificación familiar es lo más difícil aquí realmente. (Mayra_OBST_26)

En Chugchilán, como figuras indígenas de atención dentro del CS sólo están oficialmente los TAPS, y éstos no son figuras de la MTI/A como son los yachaks, kuypichak, hierbatero, sobador y parteras. Sin embargo, se plantea su inclusión de estas figuras a través de estrategias que parecen más de corte instrumental para cubrir metas y objetivos impuestos en el manual MAIS-FCI en favor de la burocracia del sistema de salud occidental.

6. Discusión

6.1. Discusión Resultados 1: La sabiduría que esconde el “poncho”

A partir de los resultados, el saber materno se hace evidente durante el cuidado/atención de la salud-enfermedad. El conocimiento y práctica materna se construye a través de la articulación entre distintos saberes. En dicha articulación no siempre hay conexión y congruencia, sino más bien una acomodación y adecuación de acuerdo con el padecimiento y el contexto en el que se desarrolla. Esto se debe a que el conocimiento puede ser construido y transformado de forma plural (Rocha-Buelvas, 2017; Langdon, & Garnelo, 2017), lo que reflejaría la flexibilidad de los saberes maternos que son aplicados durante las trayectorias de atención⁶⁴ concretas.

Las madres se encuentran en constante aprender y desaprender de sus propios saberes y prácticas. Por ejemplo, ellas retoman y excluyen un tratamiento según la eficacia curativa –sentida, observada, probada—. En base a sus experiencias, que son guardadas-dentro de su sistema de representaciones, toman decisiones en los episodios de un padecimiento, cuando éstos se van dando. La experiencia existencial e histórica de los individuos y comunidades indígenas tienen su propio modo de ver, interpretar y actuar sobre el mundo (Hart, 2010), en este caso, sobre la salud-enfermedad.

En las mujeres indígenas, las principales fuentes de aprendizaje en el manejo y uso de los remedios y tratamientos han sido tanto de padres/madres a hijos/as, como otras personas ancianas —como guardianas del conocimiento ancestral— (Rocha-Buelvas, 2017) y también por otros miembros del grupo familiar, por vecinos, terapeutas de la MTI/A. El conocimiento

⁶⁴ La *trayectoria de atención* sería “la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer. Dichas estrategias incluyen tanto a una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación de la enfermedad, también incorpora todas aquellas instituciones, estructuras de atención y servicios de salud, así como a los sujetos que participan del mismo [...]” (Osorio-Carranza, 2001 p. 39- 40)

ancestral transmitido es principalmente sobre aspectos relacionados con la tierra, la naturaleza, el clima y los sistemas espirituales (Martín & Mirraoopa, 2003). La interacción social es un determinante del conocimiento materno, es una suma total de todas sus interacciones (Hernández Tezoquipa et al., 2001). Por otro lado, la fuente principal de aprendizaje del saber biomédico y del uso de los fármacos de patente, ha sido por parte del equipo de salud, tanto médico, enfermera, obstetra, odontólogo e incluso los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS).

A partir de la incursión del modelo de atención con enfoque intercultural —el MAIS-FCI— en las comunidades, aparece también una mayor apropiación del saber biomédico en las representaciones maternas. Este aspecto concuerda con lo que Langdon, & Garnelo (2017) apuntan con respecto a que el saber indígena, ha sido permeado por el saber biomédico partir de la inclusión de programas de salud indígenas.

Por tanto, la incorporación de nuevos saberes, como el biomédico, muestra que el modelo de pensamiento de los pueblos indígenas es en espiral y no lineal, es incluyente ya que conecta los conocimiento y experiencias individuales y colectivas del presente y el pasado (Cajete, 2000; Aguilar-Peña et al., 2020). Abraza tanto el conocimiento científico y no científico, expandiéndose en la comunidad como un inter-conocimiento —ecología de saberes— (Santos, 2010).

Y por ende el saber materno se aleja de la visión esencialista, homogeneizadora en la que se ubica al saber indígena, como único y estático (Menéndez, 2005). El saber es más que solo información o hechos, sino que se enseña y se aprende en ciertos contextos, de ciertas maneras y en ciertos momentos. Por lo tanto, tiene un propósito solo en la medida en que se usa (Martín, & Mirraoopa, 2003, p. 207). El saber materno indígena se construye y deconstruye en la atención del padecer donde producto de la interacción social una serie de

recursos intervienen, estos recursos se articulan y se interrelacionan en base a un fin o propósito que en la trayectoria de atención es recuperar la salud.

A partir de los resultados obtenidos, el cuidado-atención materna tendría como propósito general lograr la curación del enfermo o reestablecer el equilibrio de la persona en todos sus componentes: cuerpo, espíritu, social y con la naturaleza. Y como meta específica se orientarían a aliviar o desaparecer cambios o alteraciones concretas —curación sintomatológica—, así como evitar la complicación o influir en la causalidad del padecimiento o síndrome a través de prácticas de prevención (Osorio-Carranza, 2001)

Existen toda una serie de creencias y tradiciones a las que los curadores madres se acogen para proporcionar el cuidado (Herrera-López et al., 2021), las prácticas y técnicas de curación son diversas (Herrera et al., 2018). Muchas de estas estrategias son construcciones creativas que parten del conocimiento empírico, del sentido común colocado en la centralidad subterránea de la cotidianidad que va más allá de las lógicas racionalizadoras (Maffesoli, 2010 en Arias-Murcia & Penna, 2021, p. 3691), cuestionando el conocimiento establecido como universal lo que implica una descolonización del conocimiento (Mignolo, 2003), es una práctica autónoma y un ejercicio de resistencia.

La salud/enfermedad, desde la cosmovisión indígena es concebida como la relación entre los seres humanos, entre los seres humanos y la naturaleza, así como entre los seres humanos y el mundo sobrenatural (Helman, 1994). En este sentido la salud y el bienestar se relacionan con su capacidad de vivir en armonía con el todo —englobando a la comunidad, a la naturaleza y al equilibrio con toda forma de existencia—(Gutiérrez-Carmona et al., 2020; León, 2015; Unceta, 2014). Por ello, las alteraciones en el estado de salud y bienestar se darían por desequilibrios entre estas relaciones, expresando la persona, distintos padecimientos, malestares o enfermedades (Young, 1982). Cuando se da la enfermedad o bien trastornos de salud —desde la cosmovisión indígena— aparecen los padecimientos, que serían la

configuración cultural que adquiere la enfermedad en términos de conductas, experiencias, problemas y demandas (Kleiman, 1980). Estos padecimientos son las vivencias de las personas y de su entorno ante la experiencia de la enfermedad existiendo éstos como constructos. Por tanto, la enfermedad va más allá de la concepción física, material y biológica de la enfermedad (Martínez-Hernández, 2008). La enfermedad se entiende como desequilibrio, como desarmonía de los distintos componentes de la relación entre el individuo y su entorno (Castillo-Santana et al., 2017).

La salud, por tanto, estaría representada como el “*estar bien*” o “bien-estar”, es decir, por la ausencia de alteraciones o cambios en el equilibrio del cuerpo —como la presencia del dolor físico y la pérdida de fuerza—, o por desequilibrios emocionales o espirituales representados con sentimientos de tristeza —‘*es estar así triste*’— dolor espiritual o decaimiento del ánimo. En el estado de bienestar aparecen tres determinantes: uno es el estado de disponibilidad adecuada de los recursos: materiales, económicos y naturales; el otro es el favor y acción de Dios; y el último sería el adecuado funcionamiento del cuerpo. Entonces el estado de salud/bienestar, para la comunidad indígena se traduciría en el poder “hacer”, o sea, en trabajar la tierra, cuidar el hogar, cuidar los animales, jugar, ir al colegio, etc. Sería toda ausencia de alteraciones tanto a nivel corporal como espiritual que alteran el estado de armonía y equilibrio, que permiten a la persona cumplir con los roles asignados como padre, madre, esposa, hijo/a —niño/a—, tanto dentro de la familia y como en la comunidad, y que puede producir tristeza y baja del ánimo. Por tanto, salud/bienestar, será donde el cuerpo, lo emocional, lo espiritual, lo material, lo natural, lo social y comunitario funcionan de forma armónica (Castillo-Santana et al., 2017; Gutiérrez-Carmona, 2020a). En los resultados de la investigación se confirma esta concepción sobre la salud/bienestar, reafirmando también el hecho de que la salud/bienestar es culturalmente definida-valorada y practicada por las personas o grupos culturales (Gutiérrez-Carmona, 2020b; Leininger, 1999).

En la salud y enfermedad, el cuerpo, lo espiritual, lo emocional, lo social, los recursos naturales, materiales y económicos se interrelacionan. La adecuada relación entre estos elementos mantiene la salud y el desequilibrio produce la enfermedad. Esta concepción que presentan las comunidades indígenas andinas se encuentra alejada de la definición “oficial” que realiza la OMS sobre la salud/enfermedad. Esta definición muestra una visión ahistórica y apolítica de estos conceptos (Navarro, 1998), pero además no tener en cuenta la propia relatividad de estos, ya que su significado variará en función de los grupos culturales en los que nos encontremos, así como a lo largo del tiempo (Alcántara, 2008). Pero, además, otros autores como Gutiérrez-Carmona (2019) van más allá mostrando que estas concepciones en el mundo andino, tienen un enfoque relacional —vivir en armonía con la comunidad, con la naturaleza y sus ciclos y en equilibrio con toda forma de existencia—, tal y como hemos ido mostrando.

Con respecto a la trayectoria de atención de cuidado y atención materno, vemos como ésta comprende el análisis y evaluación de los cambios en el cuerpo, así como su distinción entre padecimientos, la valoración de riesgos, la determinación de la gravedad y la decisión de optar por uno u otro recurso de atención — por una u otro tipo de medicina, por uno u otro terapeuta— (Pontes, Rego, & Garnelo, 2018; Arias-Murcia, 2022).

Para Eduardo Menéndez, la autoatención se refiere a las actividades que la población realiza “para diagnosticar, explicar, asistir, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a su salud” (Menéndez, 2003, p. 198).

En la trayectoria de atención, el primer nivel de atención que se da es el de la autoatención. En la autoatención, las madres lo primero que realizan es identificar el padecimiento o síndrome —a través de qué cambios y cómo se presentan en el cuerpo—, para clasificarlo y darle una etiqueta que les permita atenderlos o prevenirlos. La clasificación del padecimiento se determinará a partir de una serie de saberes —conocimientos teóricos o

empíricos, nociones, creencias—, actitudes y prácticas, que se activarán cuando se presenta un problema de salud (Kleinman, 1980; Osorio-Carranza, 2001). La identificación del padecimiento materno es una construcción propia que no es lineal o sistemática, más bien se presenta como indeterminada y ambigua, ya que se construye a partir de su sistema de racionalidades, constituyendo un conjunto de saberes —incluido el biomédico— que se instrumentan y articulan. De ahí que las madres —además de usar sus propios términos para nombrar un padecimiento—, usen o reconozca un padecimiento utilizando términos de la medicina occidental para referirse algún padecimiento —por ejemplo, neumonía-pulmonía— tal y como también señala Menéndez (2015). Los datos de la investigación coinciden con lo mencionado por Osorio-Carranza (2001) cuando señala que las madres identifican y discriminan un padecimiento o síndrome a partir de su interpretación y reinterpretación de los conocimientos. Así, establecer un padecimiento es articular aquellos saberes que posee la madre sobre los cambios en el equilibrio de la persona y en todos sus componentes, como son los físicos, espirituales y sociales (Osorio-Carranza, 2001).

El sistema de racionalidades materna hace una clasificación a uno o varios cambios en la persona —criterios diagnósticos maternos (Osorio-Carranza, 2001) —, esta clasificación le otorga una o unas características y un nombre al padecimiento. Para Helman (1994), existe toda una serie de experiencias subjetivas a partir de las cuales se identifica algún tipo de padecer, por ejemplo: ciertos cambios en la apariencia del cuerpo; modificaciones en la fisiología corporal que regularmente se tiene; emisiones inusuales del cuerpo; cambios en la sensibilidad de los sentidos; malestar, estados emocionales inusuales; y quizás algunos cambios conductuales. Desde las narraciones maternas fue posible evidenciar la identificación o clasificación de los padecimientos o síndromes que hacían las madres. Estos grupos de padecimientos eran, por un lado: los “males del estómago”, que comprendían la “diarrea”, “infección de la barriga” y “bichos”; los “males del pulmón”, como la “gripe” o “resfriado”, la

“tos” y la “neumonía-pulmonía”. Todos estos padecimientos, al igual que mencionaba Pasto-Capuz et al. (2019), son reconocidos por las madres como padecimientos somáticos que coinciden con las patologías de la nosografía convencional —medicina occidental—. Y también por otro lado y continuando con Pasto-Capuz et al. (2019), las madres identifican otra serie de padecimientos de origen espiritual/mágico como son las “Enfermedades propias” o “enfermedades del campo” —como ellas las llamaban— y que correspondían a los Síndromes Culturalmente Delimitados (Kleinman, 1980): el “espanto” o “susto”; “el aire” y “el mal de aire”; “el mal de ojo”; y “el empacho”.

Dentro de las narraciones maternas aparecen toda una serie de explicaciones, acerca de la aparición del padecimiento, que estarán relacionadas con una serie de causas. Estas causas pueden ser: debidas a agentes naturales, como el frío; debidas a características propias de la persona, como la vulnerabilidad a los padecimientos de los niños/as; y debidas a agentes sobrenaturales. Sobre las últimas —causas espirituales o sobrenaturales—, éstas no tienen una explicación clara, y es precisamente aquí donde las madres tendrían menor control sobre la causa de las “enfermedades propias”, ya que pueden tener que ver con características de la persona o el niño/, como por ejemplo el tener ‘*una alma buena o inocente*’, viendo así, que “los síndromes culturalmente delimitados pueden entenderse como trastornos enigmáticos y, a menudo, imprecisos” (Martínez-Hernández, 2008, p. 78).

Con respecto a los SCD, recordamos que éstos responden a la cosmovisión holística andina de salud/enfermedad en la que es fundamental el equilibrio y armonía del cuerpo, espíritu, naturaleza, vida en comunidad, así como la relación entre todos estos elementos (Menéndez, 2018; Gutiérrez-Carmona, 2020a). Los SCD ampliamente estudiados en Latinoamérica⁶⁵ son padecimientos sin traducción para la biomedicina (Peretti, 2010) pueden

⁶⁵ Véase por ejemplo: Currie et al. (2018); Herrera et al. (2018); Pasto-Capuz et al.(2019); Herrera-López et al. (2021).

ser causados por elementos tanto naturales como sobrenaturales (González, & Corral, 2010; Yumisaca Jiménez, 2019). Por este motivo, su terapéutica también contemplará rituales mágico-religiosos que aplicarán tanto las propias mujeres o miembros de la familia conocedores de la MTI/A (Roldán-Chicano et al., 2010) —en procesos de autoatención—, como curadores tradicionales (Osorio-Carranza, 2001; Aparicio Mena, 2009; Roldán-Chicano et al., 2010; Gutiérrez-Carmona et al., 2020), pero en ningún caso profesionales sanitarios (Peretti, 2010).

En los padecimientos parece no haber una delimitación clara de las causas que lo producen, un padecimiento puede tener varias causas a la vez o la causa puede variar según avanza el padecimiento. En este sentido, y con respecto a la prevención de los padecimientos, el saber materno se basa principalmente en la educación higienista⁶⁶ propuesta desde el Ministerio de Salud Pública a través de los programas de prevención y promoción. Pero aquí aparece una diferenciación entre el conocimiento y la práctica, ya que, en la práctica los criterios preventivos que usan las madres están relacionados con las causas del padecimiento y se basan esencialmente en eliminar o en evitar lo que causa el malestar. Las madres en muchas ocasiones, tal y como se evidenció en el trabajo de campo, orientan sus acciones en la relación-oposición frío-calor. Desde su lógica, evitar lo que ellas consideran le causó el daño evitará que se complique o que vuelvan a desarrollar ese padecimiento, por ejemplo: evitar el frío, alimentos crudos, alimentos que no son propios de la zona —condimentos, pasta, enlatados—, incluso eliminar una muela que produce dolor.

En el sistema o relación frío-calor, vemos que a través de él muchas mujeres explican los malestares (Greifeld, 2004). Según esta relación, tanto la naturaleza, las plantas como la alimentación pueden haber elementos que se consideran o clasifican en “fríos” o “calientes”.

⁶⁶ Entendiendo higienismo como lo describe Teixeira & Silva (2015): “un conjunto de prácticas de higiene específicamente derivadas de la biomedicina, que se contraponen a otras prácticas de higiene existentes.”

El frío se contrapone al calor, y el cuerpo por naturaleza es cálido, por lo que se debe evitar el cambio brusco de la temperatura del cuerpo. Existen alimentos, plantas que son fríos, incluso el agua o los metales. Todos estos son saberes y prácticas, en la aplicación del frío-calor, permiten a las madres recuperar la salud, cuidar y atender en la enfermedad, por lo que en los criterios de prevención también se tendrá en cuenta la relación entre frío y calor. A pesar de que se ha descrito en diversos estudios este eje de equilibrio de frío-calor (Greifeld, 2004) como parte de la cosmovisión de muchos pueblos indígenas, durante la investigación no quedó claro que en las madres kichwa fuera un elemento clave. Pero por otro lado, desde nuestro propio análisis también vimos que las medidas higienistas⁶⁷ —opuestas al razonamiento materno— pueda ser la causa de los cambios en las lógicas maternas, siendo éste otro ejemplo de colonizador del saber por parte del modelo biomédico.

Para las madres algunos padecimientos pueden evolucionar y desarrollar características que pongan en peligro la vida —“*a veces ponen peor*” (Laura_B_21)—. Este sería el entendimiento de complicación para las madres, se ve en un sentido de una mayor intensidad en los cambios en el cuerpo o en una transformación un padecimiento a otro más grave. Por ejemplo, la complicación del padecimiento de “diarrea” sería la “infección de la barriga” y del “resfriado” o “gripe” y la “tos”, su complicación sería la “neumonía-pulmonía”. A partir del saber biomédico reconocen que las “infecciones de barriga” y la “neumonía-pulmonía” son lo más graves conforme se les informa en las actividades de educación/promoción de la salud (Menéndez, 2015).

La trayectoria atención materna, en Guayama Grande–Chugchilán, tiene como punto de inicio y fin, la autoatención⁶⁸. La autoatención es casi siempre la primera actividad que el

⁶⁷ Medidas como por ejemplo, que se haga un uso más continuo del agua —frío— para lavarse las manos o descubrir el cuerpo para realizar exploraciones. Todas ellas son acciones que cambian el equilibrio del cuerpo y su temperatura (según la lógica del eje o relación frío-calor).

⁶⁸ Se entiende por *autoatención* a los saberes, es decir a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos [unidad doméstico/familiar] utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la

sujeto y el micro grupo ejecutan respecto a los padeceres detectados (Menéndez, 2018). Las prácticas de autoatención son la primera instancia de resolución de los problemas de salud en la comunidad y los fármacos de patente empiezan a ser parte de las acciones de cuidado y atención —automedicación— a los problemas de salud en las comunidades indígenas (Langdon, & Garnelo, 2017; Dias-Scopel, & Scopel, 2019; Arias-Murcia, & Penna, 2021) como en el caso de Chugchilán, a partir de las aproximaciones de la medicina occidental a las comunidades, conforme el enfoque intercultural del MAIS-FCI.

Dentro de las prácticas de autoatención lo que se observa es una combinación de distintos tratamientos o medicinas que se adecúan y se organizan a partir de una racionalidad simple y personal. Esta racionalidad se centra en lograr curar o desaparecer cambios o alteraciones específicas en el menor tiempo posible, para poder “*hacer*” y “*ser*”, o sea, para que la persona pueda seguir cumpliendo con sus roles sociales asignados. Estas prácticas de autoatención también han sido mostradas en diversos estudios, por ejemplo, Arias (2022) e Arias-Murcia, & Penna (2021) muestran que muchos de los saberes y prácticas empleados en el ámbito familiar, con respecto a la autoatención combinan recursos del saber tradicional con recursos de la medicina occidental. Mientras que, por otro lado, en el estudio de Pasto-Capuz et al. (2019) menciona que el uso de la medicina convencional [medicina occidental] está relacionada solo con el tratamiento de las enfermedades crónicas.

Con respecto a los remedios caseros y tratamientos populares son los que más se usan, y en un mayor número de padecimientos e incluso llegan a ser transversales en las prácticas de autoatención. Esto se da, ya que durante el cuidado/atención se usan de forma combinada (Pontes et al., 2017), sobre todo en los “males del estómago” y en los “males respiratorios”. Por ejemplo, el uso de agua de Tilo junto con el paracetamol. Algo que no sucede en las

intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2018, p. 106).

“enfermedades propias” —SDC— donde el no hay intervención de la medicina occidental — incluyendo el uso de fármacos— (Pasto-Capuz et al., 2019). Por lo tanto, en las prácticas de autoatención en la aplicación de cuidados maternos, coexisten diversos tipos de medicina, mostrándose así un fuerte entrelazamiento entre diversas tradiciones médicas en las prácticas cotidianas de los pacientes y sus familias (Scopel et al., 2012; Dias-Scopel, 2015; Ghiggi, 2017; Langdon, & Garnelo, 2017). Todo esto, vuelve a poner en entredicho la percepción de lo indígena como culturas y tradiciones estáticas y homogéneas (Menéndez, 2018).

Volviendo ahora a la trayectoria de atención y de forma más precisa, ésta se extiende más allá de la autoatención materna, ya que incluye una serie de decisiones basadas en el saber materno y en sus propias racionalidades. La familia juega un papel importante en las decisiones de decidirse entre uno u otro sistema o modelo de atención —biomédico, MTI/A, autoatención— (Arias-Murcia, 2021). Los datos muestran que existe heterogeneidad de tratamientos para los padecimientos de los “males de la barriga” y los “males respiratorios”, ya que su trayectoria de atención incluye un mayor número de recursos e instancias que comprenden tanto a la medicina popular⁶⁹, la medicina occidental⁷⁰, y la MTI/A⁷¹. Por el contrario, con las “enfermedades propias” —SCD— habría una mayor homogeneidad, al contar con recursos de atención reducidos, ya que el tratamiento puede ser provisto solamente por una madre o abuela que conozca y tenga la experiencia para hacerlo o por el terapeuta tradicional o popular y nunca por el sistema biomédico (Peretti, 2010). Una mayor o menor

⁶⁹ La medicina popular representa una apropiación de saberes de diferente origen y qué fórmula sus prácticas de atención a través de relaciones directas e indirectas con la práctica médica occidental y la MTI/A y puede ser impartida por curadores vecinales (Menéndez, 1984).

⁷⁰ La medicina occidental hace referencia a la atención médica profesional que pone énfasis en el paradigma científico y produce una visión única causal y reduccionista de los fenómenos sanitarios (Kleinman 1995; Menéndez, 1984).

⁷¹ La Medicina Ancestral se define como aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, que surgieron antes de la colonización, cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la identidad y la idiosincrasia cultural indígena (OPS, 2009) para el caso de este estudio corresponde y es impartida por los curadores de la MTI/A como Yacks, parteras, etc.

heterogeneidad depende de todas las decisiones personales tomadas durante el transcurso del padecimiento.

En términos de reconstrucción de la trayectoria de atención, la decisión de administrar o suspender los tratamientos prescritos por los curadores/terapeutas de la MTI/A y de la biomedicina, forma parte de las acciones de cuidado y atención materna en Guayama Grande-Chugchilán. Ambos tipos, administrar o suspender, forman parte de la estructura de autoatención y expresan racionalidades maternas, que tienen que ver relacionadas con la percepción de los padecimientos como síntomas y por tanto aplicando un tratamiento sintomatológico (Menéndez, 2018). Es decir, a partir del saber materno y cuando el síntoma desaparece, bajo su sistema de racionalidades, ya no hay sentido para continuar con el tratamiento. La autoatención, por tanto, también involucra la capacidad de decisión de las madres sobre si seguir los tratamientos propuestos, buscar otros especialistas o abandonar el tratamiento prescrito por los profesionales de la medicina occidental (Pontes, 2017).

En el caso de las “enfermedades propias” —SCD—, el tratamiento consiste en procedimientos rituales mágico-religiosos que aplicarán tanto las propias mujeres o miembros de la familia conocedores de la MTI/A (Roldán-Chicano et al., 2017). Estos rituales se darán principalmente en el “espanto”, en el “mal aire” y en el “mal de ojo” (OPS, 2009), evidenciándose su eficacia con la desaparición del síndrome. A estos rituales las mujeres los denominan “limpias”, que son procedimientos físico-simbólicos de reequilibrio —tanto emocional, mental, espiritual, físico y energético— utilizados en la MTI/A andina con el objetivo de “rearmonizar a la persona con su entorno, eliminando y expulsando de ella los elementos (físicos, sociales y espirituales) causantes de su mal o influyentes en el mismo” (Aparicio Mena, 2009, p. 1). La eficacia de estos tratamientos rituales mágico-religioso (Aparicio Mena, 2009; Lorente-Fernández, 2015) y su eficacia dependerá tanto de la experiencia de quien lo aplica —curador/a tradicional o familiar—, como de la fe en el mismo.

Ante la identificación del SCD, las madres o familia, en un primer momento, inician un proceso de autoatención (Menéndez, 2018) —a partir del saber y práctica de la MTI/A—, aplicando los tratamientos. Por otro lado, dependiendo del SCD o de la no resolución de este, las mujeres también acudirán a curadores/as tradicionales —como parteras y Yackas—. Un factor determinante en la elección del terapeuta será la experiencia, de quien aplica el tratamiento —ya que requiere de amplios conocimientos y destrezas para llevar a cabo las técnicas— y en el caso de las madres, no todas las tienen. En esta investigación lo que se evidenció es que el tratamiento en los SCD en Chugchilán, no son de correspondencia única de los curadores tradicionales, sino que las madres y las redes familiares de cuidado —dentro de un marco de autoatención— son los ejecutores de estos tratamientos, a diferencia de lo que se desprende de otros estudios, donde en estos tratamientos son los protagonistas centrales de estas prácticas son los curadores tradicionales —Yachacks, Shamananes o curanderos/as— (Pontes et al., 2018). Otro aspecto interesante para destacar en los SCD, y que se evidenció en el trabajo de campo, era el temor a mencionar los SCD ante el personal del centro de salud (Rico Becerra, 2010), alegando que *'saben hablar, ellos como no creen'*. Dentro de las categorías diagnósticas maternas no siempre se admiten estos síndromes y las mujeres evitan hablar de ellos ya que sienten que estas prácticas son rechazadas y mal vista por el médico alopático (Rico Becerra, 2010).

La decisión entre un recurso de atención u otro, una medicina u otra, y la priorización entre éstas, forman parte de las decisiones de cuidado y atención. Y estas decisiones dependen de varios condicionantes. Para Arias-Murcia (2021) la toma de decisiones relacionadas con la cura o prevención de enfermedades, esta influenciada por la distinción entre enfermedades y sus causas y, por otro lado, por otros factores propios de los grupos indígenas como son la practicidad y eficacia de los tratamientos. En este estudio hay varios condicionantes que se dan en las trayectorias de atención.

Uno de estos condicionantes serían las condiciones o barreras socioeconómicas que impiden el acceso al sistema biomédico de salud. Como ejemplo estarían las amplias distancias de los centros y recursos sanitarios que impiden que la población indígena pueda costearse los traslados, sumado al tiempo que han de invertir en los desplazamientos (Herrera-López, et al., 2018; Osorio-Carranza, 2001). Otro condicionante sería el abandono de las funciones parentales, en el caso de las madres que han de dejar el cuidado de otros hijos/as para poder llevar a uno de ellos al centro de salud. Ante estas situaciones que se dan, muchas veces las elecciones de las madres de acudir a la MTI/A es por accesibilidad, acceso al uso de las plantas medicinales —que las tienen en sus propios huertos o de los vecinos—. Incluso a veces también contactar con el terapeuta de la MTI/A requiere de tiempo y recursos —transporte o celular—, por lo que las madres utilizan como primera instancia de atención la autoatención por tener accesibilidad permanente.

La religión de la madre y de la familia determina también el recurso al que accederá. La expansión del evangelismo ha hecho que varias mujeres dejen de usar los servicios de la MTI/A. Este hecho puede responder, tal y como muestran algunos estudios, a la irrupción del evangelismo, que consideran estos padecimientos —propios de las comunidades indígenas— como creencias paganas o supersticiones (Beltrán, 2011). Por ejemplo, durante el trabajo de campo fue difícil que las mujeres mencionaran directa y abiertamente los padecimientos de las “enfermedades propias”, incluso en algunos casos negando su existencia. Sin embargo, dentro de las prácticas de autoatención todavía hay casos donde se aplican parte de estos tratamientos, pero se niega aquellos relacionadas con prácticas más sobrenaturales.

Así mismo la clasificación de padecimiento, que hacen las madres, si es grave corresponde a la medicina occidental, si es leve basta con la autoatención materna y si es una afección espiritual corresponde a la autoatención o MTI/A. Las madres tienen su propia

concepción sobre los diferentes tipos de medicina. La selección de la instancia curativa, así como del tipo de medicina en la trayectoria de atención depende también de la eficacia curativa y de los efectos iatrogénicos que han podido percibir. Podría decirse retomando los términos de Kleinman (1980), que las madres perciben las diferencias entre los modelos de los diferentes curadores —y de ellas mismas— y que en cierto sentido reconocen las distancias cognitivas que se establecen entre ellos (Kleinman, 1980), así como reconocen la eficacia de ciertas medicinas en padecimientos concretos. Entonces otro condicionante de la trayectoria de atención sería el propio saber materno (Osorio-Carranza, 2001).

Las experiencias con los servicios de atención sanitaria son otro determinante en sus trayectorias de atención. Sus experiencias se ven en los encuentros y desencuentros culturales que han podido tener las madres o terceros, experimentando situaciones donde han podido padecer expresiones sutiles —o no— de racismo. Estas experiencias pueden haber sido diversas: el tiempo de espera y la infraestructura del servicio —mayor infraestructura y más personal mayor calidad del servicio—; la formación y experiencia del personal sanitario, para ellas son determinantes; etc. Todos estos aspectos coinciden parte con los condicionante de los recursos de atención que propone Osorio-Carranza, (2001).

El papel que juega la mujer en la comunidad está dado principalmente por su rol como madre y esposa —respondiendo a lo que serían los roles tradicionales de género⁷²—, viendo entre sus funciones las derivadas “por naturaleza” —basada en sus funciones reproductoras en potencia— como es la de cuidadora de la familia y del hogar. Todos ellos aspectos particularmente evidentes durante la atención y cuidado a la salud familiar. Para llevar a cabo

⁷² En este sentido y teniendo en consideración a Moore (2009) es importante destacar cómo las imágenes, características y conductas normalmente asociadas con la mujer y con el hombre, tienen siempre una especificidad cultural e histórica (Moore, 2009). Y siguiendo con autoras clásicas hay que mencionar que asociado a mujer y feminidad se desprenden toda una serie de estereotipos de género que dependen del concepto “madre” y de las actividades concomitantes asociadas a la misma (Moore, 2009) y que tienen que ver con las tareas domésticas, el cuidado y la crianza (Rosaldo, 1974). Tareas consideradas “naturales” en la mujer, derivadas de su función biológica y reproductora (Otner).

estos cuidados, las madres son acompañadas, favorecidas, asesoradas y en ocasiones suplantadas en su rol por algún miembro del grupo familiar, como son su madre —la abuela—, suegra, padre-abuelo, y/o redes sociales de apoyo. Por tanto, sus acciones de atención y cuidado pueden ser con participación directa o indirecta de otros miembros de la familia, de su grupo social y de la comunidad. En el caso de las madres adolescentes o madres “solteras”, éstas consideran que el primer recurso o instancias de atención serán sus padres. De manera más concreta el primer nivel de cuidado es operado por una figura femenina como la madre, la abuela o una tía. Para Menéndez (1992) el grupo doméstico y las redes sociales es donde se dan las interrelaciones de los distintos modelos médicos —hegemónico, alternativo subordinado, de autoatención— tanto en sus representaciones como en sus prácticas sociales.

A pesar de que en la comunidad se dan unos marcados roles de género, también se evidenció que las mujeres, sobre todo las de más edad, son poseedoras y transmisoras de la sabiduría ancestral. Las abuelas hacen recomendaciones de cuidados y prevención, por su edad y por el importante número de hijos que tuvo, haciendo en ellas las personas con más experiencia y saberes en la atención y cuidado de la familia. Enseñan a las madres sobre cómo evitar los padecimientos y promueven a ciertas actividades de prevención cómo llevar al niño a los controles, abrigar al niño en horas de más frío e incluso vacunar y llevan a cabo los tratamientos de popular. Para Menéndez, (1984) el modelo de autoatención se desarrolla al interior del grupo familiar y las redes sociales de apoyo e incluye una serie de actividades orientadas a curar, prevenir el padecimiento o abatir el daño.

Por otro lado, y a pesar de los marcados roles de género que hacen recaer las responsabilidades del cuidado en las mujeres de la comunidad, se ha de destacar también el papel que juegan los hombres de la comunidad —como podrían ser los esposos y abuelos—. Éstos, también aplican cuidados ya sea como cuidador o como encargado de preparar o administrar la medicina tradicional o popular, incluso en algunas familias pueden llegar a ser

la persona que más conocimiento tenga sobre la MTI/A. Pero, también destacar que en muchas ocasiones, como se pudo observar durante el trabajo de campo, la decisión final del tipo de recurso de la medicina occidental al que acudir —centro de salud u hospital; hospital local o regional— es decisión de la figura masculina del hogar, siendo quien dialoga con el personal de salud. En este caso, se vuelve a evidenciar el rol tradicional de género que estipula al hombre como “cabeza de familia” y siendo quien determina las decisiones, en este caso de salud.

Ya para finalizar con este apartado, es importante también mencionar que ante un padecimiento grave se moviliza toda una red de conexiones y ayuda e intercambios ya sea de recursos de transporte —carro o moto—, comunicativos —llamadas de celular—, recursos medicinales —plantas, preparación de remedios, fármacos de patente—. Aunque no se incluye de manera directa a profesionales biomédicos, en algunos casos sí se puede incluir a los TAPS, por la relación familiar y de parentesco que pueden tener con la comunidad, y por ser a la vez el enlace directo con el sistema biomédico y uno de los proveedores de los fármacos de patente.

6.2. Discusión De Resultados 2: La atención que refleja el “paramo”

En la exploración del modelo biomédico que aplica el equipo de salud se ha analizado el sistema de representaciones —percepciones y conocimientos— que poseen los profesionales del equipo de salud y cómo éstas operan en el ámbito de la atención-comunitaria de salud. Para ello, entendemos el proceso o relación intercultural como el espacio donde se expresan todo tipo de relaciones incluidas relaciones de poder —hegemonía-subalternidad— Menéndez (2016). En este apartado se presentará la discusión sobre cómo se presenta el modelo biomédico y la imagen del personal de salud sobre lo indígena, primero a partir de las narrativas y observaciones con el PSnI y finalmente a partir de las narrativas y observaciones con los TAPS.

El personal de salud no indígena (PSnI)

El PSnI mostraba en sus narrativas como la comunicación —en este contexto intercultural— podía ser problemática y dificultosa. Esto se fundamentaba en la diferencia lingüística —idioma y uso del lenguaje— y en la diferencia cultural —costumbres— que existente entre el (PSnI y los pacientes nativos, evidenciando que la comunicación en ámbitos interculturales puede ser compleja (Belintxon, & López-Dicastillo, 2014). La comunicación va más allá del simple contactar con las personas, acreditándose —en base a los hallazgos de la investigación— que no deja de estar permeada por prejuicios y estereotipos sobre las diferencias culturales pensadas desde los ámbitos de poder y obedeciendo a una dinámica histórica colonial (Quijano, 2015). Estos prejuicios se mostraban a partir de aspectos repetidamente señalados por el PSnI, como era hacer mención del nivel educativo de la comunidad indígena. Es claro que la comunicación forma parte de las relaciones sociales durante la práctica médica, sin embargo, estas relaciones en ocasiones pueden ser entorpecidas produciendo relaciones sociales de hegemonía y subalternidad que llevan a la “alienación del paciente” (Pereira 2012). Así, el PSnI afirmaba que, la comunicación mejoraría con un mayor nivel educativo de los pacientes indígenas, poniendo sólo el foco en la comunidad y no en su práctica e interacción con ella. Por tanto, las dificultades en la comunicación para el PSnI tenían más que ver con aspectos relacionados con las personas indígenas, que con el lenguaje técnico biomédico que utiliza durante la comunicación —aspecto evidenciado durante todo el trabajo de campo—. -Todas estas percepciones por parte del PSnI, aspectos que denotan un racismo cognitivo basado en el “saber-poder” ya que se coloca a los usuarios indígenas en posición de supuesto de no saber —en este caso por su nivel educativo y su incapacidad para comunicarse— frente a la ubicación del PSnI como sujetos del saber (Rocha-Buelvas, 2017). Pero, aunque ambos aspectos puedan converger en una dificultad solo se reconocen los aspectos relacionados con las personas indígenas.

Por otro lado, tal y como se mostró en los resultados “El equipo de salud con enfoque intercultural”, la prevención y promoción de la salud —a través de la educación para salud— no presenta un diálogo intercultural donde confluyen los saberes —entendidos como conocimientos y prácticas— biomédicos e indígenas. Es así como la prevención y promoción de la salud, consistía principalmente en la acción básica de “entrega de la información”, no constituyéndose como diálogo intercultural donde confluyen los saberes maternos y de otros pacientes indígenas con el saber biomédico. El diálogo intercultural debe darse “sin barreras, no jerarquías sociales [...], [que] puedan debatir la prestación de un servicio integral” (MSP, 2012, p. 46). Pero en vez de diálogo lo que se daba era una “entrega de la información”: de forma indirecta a través de los TAPS; parcial, ya que no se profundizaba ni se ampliaba la información; unidireccional, ya que no se buscaba el diálogo con el otro; impuesta y como eje transversal el enfoque curativo, ya que se priorizaba el diagnóstico, enfermedad y tratamiento. Todo ello se daba por sobre la condición y el saber materno —indígena—, situaciones ya señaladas por un amplio número de investigaciones llevadas a cabo con población indígena (Pereira, 2012; Belintxon, & López-Dicastillo, 2014; Carrasquilla Baza, & Pérez Quintero, 2018; Dias-Scopel, & Scopel, 2019; Arias, 2022). Estas situaciones al final dan lugar a una relación asimétrica, conflictiva y desde la posición hegemónica de la biomedicina, denotando una visión reduccionista de la persona (Menéndez, 2016), donde la mujer —el indígena— poco puede aportar. En este caso se simbolizaría la concepción dominante de que el conocimiento se basa en la evidencia y el método científico y que se presenta como una verdad universal y sin resistencia (Langdon, & Garnelo, 2017; Rocha-Buelvas, 2017), una representación de lo que siguiendo a Quijano es el “colonialismo del poder” que en estos casos queda plasmado a través de intervenciones etnocéntricas (Carrasquilla Baza, & Pérez Quintero, 2018).

Los resultados denotan la posibilidad de que los profesionales de la salud realicen “imposiciones culturales” (Leininger, 1999), y con pretexto del saber basado en la evidencia

científica estén promoviendo la “colonización del saber” (Lander, 2003), de los pacientes — madres— indígenas y de los curadores de la MTI/A que tienen sus propias creencias, prácticas. Desde la educación sanitaria, biologicistas e higienista (Martínez- Hernández, 2008) no se buscan razones para comprender o entender los comportamientos de las personas, por tanto, a la larga tampoco se incorpora sus saberes y prácticas a la hora de cuidar y atender al paciente.

Según Silva (2010), la rica información sobre salud que aparece en la interacción comunicativa, que forma parte de las visitas familiares, es ignorada cuando en estas visitas la interacción se reduce a la producción de informes. Además, como se muestra en otros estudios (Langdon et al., 2014), si por un lado las redes sociales indígenas locales implican sociabilidad, parentesco y relaciones políticas, por otro lado, el cumplimiento de funciones y tareas, como visitar todos los hogares, requiere que los EAIS operen independientemente de estos procesos locales de socialización (Langdon et al., 2014). El cumplimiento de la visita médica pone de lado esa sociabilidad y relaciones afectivas y políticas marcan las actuales relaciones interétnicas entre indígenas y no indígenas y, como ya se mencionó, otros factores que impiden una relación dialógica son la organización jerárquica que impregna la profesión médica y la alta rotación de miembros del equipo (Langdon et al., 2006, p. 2642).

El PSnI construye su propio significado sobre el paciente indígena durante su experiencia de atención y cuidado. El paciente indígena y todo lo que implica su visión del mundo, es desconocido y diferente para el PSnI del Centro de Salud de Chugchilán, quienes atraviesan momentos de frustración cognoscitiva, ya que el conocimiento científico no parece ser suficiente para entender a estas comunidades (Pulido Fuentes, 2017). Por lo tanto, en estos encuentros subyacen los prejuicios sobre el “otro” (Knipper, 2010), pero tanto del lado del PSnI como de las propias poblaciones indígenas.

El personal de salud que trabajan en contextos indígenas vivencian encuentros imprevisibles con la forma de ser, hacer y estar del “otro”, momento en que sus traducciones

etnocéntricas se perciben limitadas e insuficientes, lo que les hace cuestionar sus propios conocimientos y los alcances de la biomedicina (Pereira, 2012). Sin embargo, este encuentro con lo “diferente”, más que un problema, constituye una oportunidad ya que redirige la atención hacia los aspectos importantes que se han ido perdiendo de vista —el aspecto social, cultural—, desde que la medicina decidió seguir un camino más biológico (Knipper, 2010).

Por tanto, las percepciones sobre lo indígena se basarían en el imaginario o en las representaciones sociales que se asientan en una idea generalizada y en una imagen colonial basada en prejuicios históricos (Walsh, 2009b). Por ende, se termina viendo estos comportamientos como erróneos, sin entender que las mujeres indígenas desarrollan representaciones distintas e individuales respecto a los procesos s/e/a-p (Menéndez, 2016), concordando, además, con Dias-Scopel, & Scopel (2019) cuando señala que las prácticas de autocuidado son prioritarias y centrales en las comunidades indígenas; pero, sin embargo, ese conocimiento no es reconocido por los profesionales de la salud en la rutina diaria de la atención biomédica. No obstante, aunque se presenta como una situación problemática, parecen ser espacios para que los profesionales comiencen a cuestionarse sobre su propio conocimiento y, por tanto, sobre los límites de la biomedicina (Arias, 2022).

Para el PSnI las madres tienen una percepción básica de salud, y que es descrita en las narraciones como solamente la “ausencia de enfermedad” y donde para estar saludables son necesarias medidas que refuercen el cuerpo —como las inyecciones de vitaminas—. Esta visión es parte de una representación de medicalización de los padecimientos que se traduce en una visión unicausal y reduccionista de la patogénesis. Esta visión, según Osorio-Carranza (2001), parte del rechazo de la subjetividad y las emociones, homogeneizando a las personas y a “apreciar la enfermedad de una forma ontológica” (Osorio-Carranza, 2001, p. 107). El PSnI, a partir de la cultura de la que forman parte —cultura occidental y biomédica— establece esta visión bañada de valoraciones y prejuicios sobre las percepciones de las madres. Esta visión se

contrapone a lo que apreciamos en las narraciones de las mujeres, donde más bien se conjugan una serie de elementos orgánicos, materiales, espirituales y naturales, de lo que es la salud/bienestar: “(...) así cuando uno puede trabajar feliz, alegre cuidar los animalitos, ver la tierra, ver la siembra, cuando unos está enfermo no puede” (Blanca_B_29). La noción de salud como “ausencia de enfermedad”, más que partir de las madres parte de una noción biomédica reduccionista del cuerpo, basada en la concepción cartesiana —“división cuerpo/alma” — (Menéndez, 2009, p. 41).

Por otro lado, el PSnI también considera que las madres no tienen una concepción adecuada de la salud, ya que no aplican las medidas de higiene que se imponen desde el modelo biomédico. Esto, lo que demuestra es una reproducción del modelo biomédico higienista⁷³ que muestra “frecuente desprecio por otras formas de higiene y cuidado de la salud” (Teixeira & Silva, 2015). Bajo estas premisas, se ignora que las mujeres indígenas desarrollan representaciones y prácticas distintas respecto a los procesos salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p) (Menéndez, 2016), estableciendo sus propias representaciones sobre la salud, la enfermedad y acciones de prevención, modelos de higiene, etc.; que como habíamos visto antes se basan principalmente en la relación frío-calor.

En cuanto a las apreciaciones sobre la medicina ancestral, el PSnI reduce la medicina tradicional indígena al uso de plantas para tratar las enfermedades. Consideran el uso de plantas, como una práctica propia y muy arraigada en la cultura indígena,—mencionando también, que son los curadores de la medicina tradicional indígena a los que las personas acuden para tratar las enfermedades. Sobre el uso de este tipo de medicina, creen y afirman que no es tan efectiva como la medicina occidental. Esta apreciación de una medicina occidental efectiva partiría de la concepción dominante del conocimiento que se basa en la evidencia y el

⁷³ Entendiendo higienismo como lo describe Teixeira & Silva (2015): “un conjunto de prácticas de higiene específicamente derivadas de la biomedicina, que se contrapone a otras prácticas de higiene existentes.”

método científico, que se presenta como una verdad universal sin resistencia y crítica (Rocha-Buelvas, 2017).

El desconocimiento de los sistemas médicos indígenas, su lógica y su efectividad por parte del PSnI provoca, como concluye Fernández Juárez (2008) “desasosiego, incredulidad y respuestas fundamentalistas ajenas a cualquier tipo de criterio intercultural” (2008, p. 31). Las percepciones sobre lo indígena se basarían en el imaginario o en las representaciones sociales instaladas en ciertos grupos y que se asientan en una idea generalizada y homogénea de las comunidades indígenas y en una imagen colonial basada en prejuicios históricos (Walsh, 2009b). Todo ello, a lo que conduce es a observar los comportamientos de la comunidad indígena como erróneos, y mientras que las mujeres indígenas desarrollan representaciones distintas e individuales con respecto a los procesos s/e/a-p (Menéndez, 2016). Para Dias-Scopel, & Scopel (2019), las prácticas de autocuidado son prioritarias y centrales en las comunidades indígenas, pero a partir de los hallazgos en la investigación, el conocimiento no es reconocido, ni incluido por los profesionales de la salud en la rutina diaria de la atención biomédica.

En cuanto a la competencia y formación del PSnI, el hecho de ser jóvenes y de distintos lugares del país, en ésta, su primera experiencia post formación⁷⁴, coincidimos con Arias (2019) cuando señala que los profesionales de salud se enfrentan a una serie de eventos que pueden constituir momentos críticos o estresantes durante su práctica profesional y para los que no están preparados. Estos profesionales han concluido recientemente sus estudios universitarios y son introducidos en los servicios de atención —algunas veces en comunidades culturalmente diferentes— profesionales que, de otra manera, nunca trabajarían y vivirían en comunidades indígenas alejadas de las grandes ciudades.

⁷⁴ Recordemos que están en su “año rural” que es el periodo obligatorio y requisito indispensable para el libre ejercicio de su profesión.

La base de conocimientos biomédicos se encuentra muy enraizada —según se evidenció en la investigación—, aspecto que entra en contraste con la necesidad sentida de formación y desarrollo en competencias culturales durante la práctica asistencial. Esto pone en evidencia las limitaciones de la formación académica en la relación con las comunidades y al diálogo intercultural⁷⁵.

La “cultura de salud biomédica no incorpora la competencia intercultural” (Pulido et al., 2017, p. 366), se enfoca por su parte en las competencias resolutorias del padecimiento para clasificar y tratar el padecimiento (Baeta S., 2015) y no desarrolla la “competencia cultural” (Campinha-Bacote, 2002). Una competencia que le permita abordar elementos como: el deseo cultural —interés para conocer otras culturas— ; el conocimiento cultural —se relaciona con el aprendizaje sobre la otra cultura—; la conciencia cultural —se establece una vez que ya se ha conocido la otra cultura—; los encuentros culturales —que se producen por las interacciones de personas de distintas culturas—; y las habilidades culturales —que son el conjunto de capacidades de respuestas a las necesidades en salud de las personas de otra cultura—. Todos estos elementos que componen la competencia cultural (Campinha-Bacote, 2002), no siempre fueron posibles observarlos en la práctica del PSnI de esta comunidad. Todo este déficit se da aún incluso, cuando en los Planes de Estudios universitarios en Ecuador se proponen el desarrollo de competencias culturales, viendo que en la práctica poco o nada se evidencia (Cedeño et al., 2021; Meneses et al., 2020; Tapia et al., 2021).

Si bien el MAIS–FCI⁷⁶ expresa que es imprescindible reformar los planes y programas de formación en salud, para “mejorar el conocimiento de la diversidad cultural, erradicando el racismo, estigma y discriminación, que limitan el acceso a los sistemas de salud” (MSP, 2012).

⁷⁵ Véanse, por ejemplo, los estudios de: Hasen-Narváez (2012); Pulido Fuentes (2017); Falkenberg (2017); Tapia et al. (2021).

⁷⁶ EL MAIS-FCI, es el Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar Comunitario e Intercultural, “el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud” (MSP, 2012, p. 48).

A partir de los datos proporcionados por el PSnI, se conoció que no reciben la capacitación adecuada por parte del propio MSP para llevar a cabo su trabajo con la población indígena y que la formación académica no parece ser suficiente para la generación de las competencias culturales (Pulido et al., 2017) y el mantenimiento de una relación dinámica en igualdad de condiciones con la comunidad indígena. Pero, además, tampoco reciben formación con respecto a la MT, ni en los estudios universitarios ni en la formación continuada (López et al., 2018), con lo que el PSnI —del centro de salud de Chugchilán— muestra dificultades para relacionar las distintas medicinas en la atención a las mujeres indígenas, así como en la comprensión del saber de los terapeutas de la MTI.

Por otro lado, el PSnI —a pesar de que tiene una necesidad sentida de formación en aspectos de interculturalidad— también en función de momento particular en la práctica profesional y de acuerdo con la demanda de sus autoridades sanitarias locales, considera que la formación en aspectos culturales, sociológicos o antropológicos no es necesaria para su atención. En su lugar, consideran que los aspectos de orden censo-administrativo son más importantes para cumplir ante el Ministerio de Salud Pública (MSP) y terminar con éxito su “año de salud rural”. En este sentido vemos como toda la carga en trabajos burocráticos, hace que el PSnI priorice éstos a otras actividades de mayor interacción con la comunidad indígena (Langdon et al., 2014), como podría ser: extenderse en las interacciones comunicativas durante las visitas extramurales; participar en actividades en la comunidad, etc. El PSnI, en esta priorización que hace en cuanto a la formación continuada, además considera que para la resolución de las patologías están preparados y ante este hecho no importa en el lugar o bien cultura que se encuentren, ya que “*lo real es la participación de la patología, el tratamiento, el diagnóstico*” (Jorge_MED_27). Estos hallazgos muestran patrones propios del modelo médico hegemónico —biologicismo, orientación curativa e identificación ideológica con la

racionalidad científica— (Menéndez, 2003; 2005), donde los otros saberes maternos son subalternos y no condicionan la atención médica.

Hay que destacar que con el tiempo —casi al final del “año rural”—, el PSnI logra desarrollar una “*conciencia cultural*” y no precisamente de la formación recibida, si no de una “sensibilización” personal. Esta conciencia cultural, se dará más tarde o más temprano y —durante el trabajo de campo— se constató que sobre todo se da en enfermería. Sin embargo, esta “sensibilidad” como componente afectivo no siempre se traduce en una real “conciencia cultural”, ya que, aunque asuman la importancia del respeto por las creencias y cultura indígenas, no se cuestionan a fondo sus prejuicios ni su sistema de valores y creencias, según Pulido et al. (2017), esto se debería a la propia falta de experiencia de trabajar en contextos alejados de su propia cultura de salud.

A partir del análisis de estos resultados, se puede tener una primera impresión de que las normativas establecidas en el MAIS-FCI tienen una pobre correspondencia con lo trazado en sus lineamientos. Esto se debe a que, en cuanto a la sensibilización del personal en estas condiciones, ya sea en las condiciones de la formación académica o en la formación del MSP no tendrían espacio para convertirse en catalizadores de cambio ya que más bien corresponden a una visión del modelo biomédico y a su posición hegemónico

Personal de salud indígena, TAPS

En los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), los TAPS representan un pilar importante en el despliegue del modelo MAIS-FCI (MSP, 2012). Entre sus atribuciones destacan: las visitas extramurales con el resto del EAIS —ellos siempre están presentes—; la educación y orientación sobre el cuidado de salud; informar sobre el sistema de salud y su funcionamiento —incluyendo programas especiales de salud como el de vacunas—; y la cumplimentación de formularios, como son las fichas familiares.

El personal de salud indígena es el que habitualmente permanece de forma constante en las comunidades (Langdon et al., 2014), tal como se mostró con los TAPS en el centro de salud de Chugchilán. Ellos/as tanto por su origen indígena —forman parte de la comunidad e incluso comparten lazos de parentesco con los comuneros— como por su estancia permanente en el terreno —lo que también les confiere experiencia—, se encuentran envueltos en un rol ambiguo donde sus actividades pueden generar convergencias y tensiones. Por otro lado, también pueden generar contradicciones con respecto al MAIS-FCI, sobre todo por malas relaciones y tensiones que se pueden ocasionar en el núcleo de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) durante la atención sanitaria (Langdon, & Garnelo, 2017).

Entre las convergencias que genera su rol, está su posición de enlace y de mediadores entre la comunidad y el sistema biomédico, a través del desarrollo de sus funciones dentro del EAIS, como por ejemplo: ser nexo con las comunidades; ser agente comunicador, educador y orientador de los programas de salud, así como de los servicios que presta el centro de salud; ser articulador entre las distintas medicinas, la biomedicina, la medicina tradicional indígena y la autoatención materna; realizar actividades censo-administrativas. (Pontes et al., 2018; Langdon et al., 2014)

En cuanto a las tensiones, éstas se pueden dar cuando realizan toda una serie de actividades que incluso pueden ser controvertidas según lo estipulado por el MAIS-FCI. Estas actividades serían: diagnosticar y tratar padecimientos por los que fueron consultados; organizar y planificar las actividades que ha de realizar el EAIS; el adoptar un rol protagónico en las visitas y el trabajo extramural; y el de ser traductor, pero sin plasmar la cosmovisión indígena.

Al igual que en el estudio de Scopel, Dias-Scopel y Langdon, (2015) gracias a la larga experiencia que tienen los TAPS en el centro de atención, han desarrollado la capacidad de actuar en los contextos de autoatención que están vigentes en esta comunidad. La posición de

los TAPS entre uno y otro modelo de atención —el biomédico, el MT y el de autoatención— les ha hecho no centrarse en un solo modelo por lo que “articulan prácticas populares tradicionales y biomédicas de atención” (Scopel et al., 2015). Así mismo a pesar de que su función y su contrato con el MSP los lleva a ofrecer y facilitar la atención biomédica. Concordamos con Pontes (2018), Scopel et al. (2015), en que el hecho de pertenecer a la comunidad hace que ellos mismos ejercen una práctica de autoatención para los tratamientos que recomiendan.

En base a los hallazgos de la investigación y al igual que Pontes et al. (2018), consideramos que la automedicación —como acto dentro del modelo de autoatención— se da en el trabajo de los TAPS y se relaciona con la prescripción y distribución de medicamentos —fármacos de patente— y no con la biológización del proceso s/e/a-p por lo que desde este sentido no invade el terreno de un modelo médico hegemónico.

Los TAPS entonces tienen la capacidad para moverse, articular, negociar y apropiarse de los distintos saberes (Scopel et al., 2015), pero concordamos con Langdon et al. (2017), cuando señala que “su actuar puede ser ignorado, negado o rechazado por los profesionales de la salud no indígenas, cuya fuerte adhesión a los principios biomédicos les impide percibir la amplitud y fecundidad de las prácticas de autoatención presentes en los poblados indígenas”. Ya que al igual que según Langdon et al. (2006) los TAPS muchas veces “ocupaban posiciones marcadas por demandas contradictorias, ya que las familias esperaban que realizarán actividades de médicos”. Pero además, y por otro lado, están las demandas del MSP de realizar actividades de promoción de la salud y de recolector de datos (MSP, 2012) por tanto su rol es incomprendido y sus dilemas desconocidos por la propia comunidad y el sistema.

También durante la atención con la población indígena, que se da en las salidas extramurales —como escenarios del encuentro intercultural—, los TAPS tienen un papel protagónico y esto puede suponer un obstáculo para la relación médico/enfermera-paciente. El

hecho de conocer el idioma hace que monopolicen la atención sanitaria, incluso antes de que se produzca —ya que son ellos quienes organizan la agenda del EAIS y priorizan las atenciones—. Esta situación puede interpretarse como una interferencia en el encuentro cultural, ya que se corta el contacto entre personas que deberían conocerse e interactuar pese a las diferencias. Sin este contacto no se desarrollarán las interacciones interculturales con usuarios de orígenes culturalmente diversos. Pero, además, esta interacción directa con personas de diversos grupos culturales puede ayudar a refinar o modificar las creencias existentes sobre un grupo cultural, evitando, así, la creación y perpetuación de estereotipos (Campinha-Bacote, 2002; Leininger, 1999), por parte del PSnI.

Con respecto a la traducción intercultural, este aspecto va más allá de la traducción literal de la lengua. La atención en salud en contexto intercultural, así como los cuidados de enfermería, se enfrentan al problema de la traducción cultural, es decir, no sólo al reemplazo de una palabra por otra, sino al reemplazo de la cosmovisión de la comunidad. El reemplazo de esta cosmovisión también contempla aspectos relacionados con la salud/enfermedad, a como se entiende la intimidad, a las creencias religiosas, al manejo del espacio, entre otras (Carrasquilla Baza, & Pérez Quintero, 2018). Para Belintxon, el “traducir mensajes a otro idioma puede descontextualizar el significado del mensaje si no se traducen, además del idioma en sí, los conceptos culturales” (Belintxon et al., 2014, p. 406).

En cuanto al enfoque intercultural, éste se debe dar mediante la articulación entre el conocimiento local y las prácticas de salud indígenas, que serían la plataforma del MAIS-FCI (MSP, 2012). Esta visión ideal se ve obstaculizada por el refuerzo del modelo biomédico a través de la formación y capacitación de los trabajadores indígenas de salud (Diehl & Pellegrini, 2014; Langdon et al., 2014), igual que pasaría en Chugchilán con los TAPS.

Por lo tanto, la formación generará contradicciones y riesgos, ya que quienes deben ser mediadores y enlace entre la comunidad —y que surgen de la misma— y el sistema biomédico,

como forma de representar “el diálogo de saberes” –según el MAIS (2012) –, ahora termina siendo un representante más del modelo biomédico. Esta situación supone otro riesgo, ya que el saber de los TAPS como indígenas, de alguna manera empieza a colonizarse (Rocha-Buelvas, 2017; Quijano, 2000 en Walsh, 2012) y a través de ellos –como representantes de la autoridad sanitaria– también a las propias mujeres indígenas. Diehl & Pellegrini (2014) con respecto a la formación intercultural indica aún “se necesita incorporar el concepto de educación continua, que se presenta como un instrumento potente que favorece el diálogo intercultural (...)” (Diehl & Pellegrini, 2014, p. 872).

Para finalizar con este subapartado sobre los TAPS, es importante mencionar que, si bien la forma del PSnI no es homogénea, a partir de los resultados de la investigación se muestra una escasa competencia del PSnI para trabajar en el contexto comunitario ya que no conocen su realidad y “no saben cómo tratar con los indígenas” (Langdon et al., 2014). Creemos que estos aspectos nacen de los rezagos “de la relación colonial caracterizada por asimetrías de poder en las relaciones interétnicas y por la hegemonía de la biomedicina” (Scopel, 2015).

Finalmente destacar que las narrativas del personal de salud no indígena (PSnI), difiere en función de si es personal médico, de odontología, de obstetricia o de enfermería. En enfermería se aprecia una mayor empatía hacia la realidad indígena quizás a partir de la propia formación y del hecho de que sea una profesión que parte de una visión holística y humanista de la persona, familia y comunidades. Quizás porque la base de los cuidados parte de una relación directa con la persona que se da incluso de la formación académica del profesional de enfermería (Ibarra & González, 2006; Torres Pantoja et al., 2021) lo que hace que se despierte una fuerte sensibilidad.

6.3. Discusión de Resultados 3: Los claros y oscuros que escriben la interculturalidad

La interculturalidad en el centro de salud de Chugchilán, se ve a través de la relación entre dos modelos de atención: el que representan las madres y el que representan el personal de salud. La relación que se da entre madres y personal sanitario es donde se deberían gestar el diálogo y la relación intercultural. Sin embargo, la relación que se da no necesariamente implica un intercambio en condiciones de igualdad (Walsh, 2009a) y por lo tanto esta situación no será propiciatoria para un diálogo intercultural como se establece en el MAIS-FCI (MSP, 2012).

Para el PSnI la interculturalidad, a partir de sus propias expresiones, se ve como la relación entre culturas diferentes, donde cada una percibe las cosas de forma diversa, pero no siempre se entienden. Para Walsh (2012) esta forma de percibir la interculturalidad corresponde a una perspectiva relacional que de forma básica y general se refiere “al contacto e intercambio entre culturas, es decir, entre personas, prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales distintas” (Walsh, 2012, p. 63).

Desde esta misma visión de la interculturalidad, y ya focalizando en la atención de salud, solo se reconocen dos tipos de modelos o sistemas de atención —el modelo biomédico y el modelo de medicina tradicional indígena—, desconociendo que existen otras formas de atención, que se dan en las comunidades indígenas. Estas otras formas, serían por ejemplo el modelo de autoatención que se da en el núcleo de las comunidades —como son las familias— y que es llevado a la práctica por las madres.

Para el PSnI, estos dos tipos de medicina conviven y se relacionan desde un mismo nivel, de forma simétrica. Conciben una interculturalidad de forma afectuosa y bidireccional, marcada por el respeto y sin reconocer la imposición que se da desde la biomedicina hacia la medicina tradicional (MT), propia de la cultura indígena. Así, la concepción que tienen coincide con lo que Ramírez Hita (2009) apunta, que la definición de interculturalidad “se

equipará al de relaciones interétnicas, bajo el supuesto de que se trata de relaciones de carácter armónico donde cada grupo da lo mejor que tiene al otro” (Ramírez Hita, 2009, p. 4).

En los resultados se vio, que el término intercultural se utilizaba para, referirse a la relación entre dos culturas diferentes así,

(...) en el caso de la salud, esto supone que se hable de cultura biomédica y cultura tradicional indígena. Donde se da por entendido que el personal sanitario pertenece a una y el usuario [todas las personas indígenas] pertenece a otra que es homogénea, y solo utiliza una medicina diferente a la biomedicina [que en el caso de Ecuador es la medicina tradicional indígena] (Ramírez Hita, 2009, p. 5).

La interculturalidad en salud también es concebida como las acciones o estrategias que hacen que la salud —programas de salud— llegue a las personas indígenas y sean aceptadas por la comunidad. Dicho de otra manera, que estas acciones permitan modificar las representaciones y prácticas indígenas. En este sentido la interculturalidad es funcional al sistema, ya que cumple con lo establecido en el MAIS-FCI pues instrumentaliza el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural, con el objetivo particular de cumplir con los objetivos planteados por el MSP de por ejemplo lograr el acceso, disminución de las complicaciones y riesgos para las madres y niños/as —como podría ser en el parto— (MAIS, 2013). Por tanto, la interculturalidad en cuanto a cómo se la concibe y cómo se lleva a la práctica es funcional a los intereses del poder hegemónico en salud (Ramírez Hita, 2009; Arias Murcia, 2022; Menéndez, 2016; Langdon, & Garnelo, 2017) y no tanto a la misión de intercambio y diálogo de saberes (Rocha-Buelvas, 2017; Crespo, & Vila-Viñas, 2015).

La interculturalidad también se ve representada como el reconocimiento y “trabajo conjunto” —formación y capacitación— con los terapeutas de la medicina tradicional indígena y con los actores sociales de las comunidades —líderes indígenas—. Por lo que prevalece un

enfoque funcional que se personifica en el reconocimiento de la medicina tradicional indígena, a la que se le respeta —conforme el MAIS-FCI—, pero a la que no se le reconoce su efectividad y mucho menos se la incluye en la atención, al contrario de lo que pasa con la medicina occidental. Por tanto, para Walsh (2012) esta visión de la interculturalidad se centra en el reconocimiento de la diversidad, promoviendo el diálogo la convivencia y la tolerancia, pero que por otro lado instrumentaliza el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural, convirtiéndola en una estrategia de dominación (Ramírez Hita, 2014). En este sentido, también concordamos con Ramírez Hita (2014) cuando afirma que a través del “concepto de interculturalidad se implementan políticas asimilacionistas e integracionistas y resultan ser finalmente una forma de conformar/asimilar a las poblaciones indígenas mediante proyectos [...] que consiguen su transformación sin resistencia, [...] la interculturalidad puede ser considerada como parte del colonialismo interno” (Ramírez Hita, 2014, p. 4064) ejercido desde las propias instituciones gubernamentales.

Por su parte para los TAPS —como personal sanitario de origen indígena—, la interculturalidad se traduce como “su cultura”, son ellos, sus costumbres y tradiciones, su forma de vida. Sin embargo, también reconocen que es una palabra que no se entiende, ni por ellos, ni por el personal de salud, coincidiendo con lo que Ramírez Hita (2014) apunta sobre que “la conceptualización de la interculturalidad en salud es poco conocida o simplificada debido a la falta de claridad en su definición y en ocasiones se ha centrado en situaciones y acciones específicas” (Ramírez Hita, 2014, p. 64). Aun así, en las aproximaciones que hacen a la definición del concepto, explican que es reconocer la diferencia entre lo que es la vida del campo —la vida del indígena— y la ciudad —la vida del mestizo o del blanco—. Por tanto, para los TAPS hay una concepción de la interculturalidad en relación con la cultura de lo indígena y la relación con el mestizo.

Las perspectivas y prácticas de la interculturalidad por parte del personal de salud, especialmente del PSnI, ratifica la supuesta equidad, donde la interculturalidad se reduce a una relación de respeto y desde donde un saber no interviene sobre el otro, pero, además, siendo una visión que ignora las asimetrías y desigualdades existentes (Walsh, 2012). Por consiguiente, reconocen la diferencia, pero desde una perspectiva funcional de la interculturalidad, sin reconocer las relaciones de poder que permean los encuentros culturales dentro de la atención de salud y que se han ido evidenciando a lo largo de este manuscrito. En este sentido, la relación entre el equipo de salud y las madres/ pacientes indígenas en Chugchilan se establecen como una interculturalidad que es relacional y es funcional al sistema, ya que cumple con lo establecido en el MAIS-FCI pues instrumentaliza el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural (MAIS, 2013), pero que también la convierte en una estrategia de dominación (Walsh, 2012; Ramírez Hita, 2014; Menéndez, 2016).

Articulación entre la medicina occidental y la comunidad

La atención en contextos interculturales —el que ha sido el objetivo de esta investigación en Chugchilán— va más allá de la práctica biomédica o de un enfoque intercultural prescrito en un manual o en un modelo de atención —cómo sería el MAIS-FCI—. En la práctica el personal de salud debe debatir su quehacer entre lo determinado por el MSP a través del MAIS-FCI, las autoridades locales, los aconteceres de la vida diaria y la práctica real. Por tanto, en la práctica asistencial del equipo de atención integral de salud (EAIS), una serie de realidades culturales y socioeconómicas —que son reconocidas por ellos mismos—, deben ser ignoradas para dar cumplimiento a una sucesión de lineamientos establecidos desde la hegemonía del sistema de salud biomédico, esto la convierte en una práctica funcional de la interculturalidad (Walsh, 2012; Ramírez Hita, 2014). Esto se debe a que, quienes ejercen la atención en la práctica —PSnI— poco pueden hacer en este ámbito y solo pueden intervenir

en base al único recurso propio que tienen, y este es el saber biomédico. En este sentido y parafraseando a Menéndez (2016), “las prácticas si bien podían señalar e inclusive describir las desigualdades socioeconómicas y de poder que caracterizan [...] a los grupos étnicos en lo particular, estas desigualdades no eran incluidas, analizadas y aún menos aplicadas a los procesos [...] que estaban impulsando, en términos de interculturalidad” (Menéndez, 2016, p. 111) los propios profesionales y las autoridades de salud.

A partir de la orientación del MAIS-FCI, que propone un acercamiento directo de los servicios de salud a las personas (MSP, 2012), evidenciamos que la práctica médica está sometida, por ejemplo, al cumplimiento de un número de visitas y a la realización de informes. Sin embargo, como bien señala Silva (2010) en Langdon et al. (2014) las ricas e interesantes informaciones sobre salud que deben darse en las interacciones comunicativas en las visitas a los hogares son ignoradas por los profesionales sanitarios cuando —muchas veces sus intervenciones— simplemente se reducen a la producción de informes. En este ámbito real de la práctica, los EAIS se encuentran faltos de tiempo y alejados de la posibilidad de socializar y aún menos de establecer relaciones afectivas o de confianza o políticas, aspectos que son característicos entre las redes sociales indígenas (Langdon et al., 2014).

La interculturalidad real en Chugchilán se construye entre la tensión y el conflicto. Es la constante tensión lo que caracteriza la interacción entre los conocimientos y prácticas tanto del personal de salud como de los usuarios/pacientes indígenas, lo que hace que al final ambos grupos se sientan frustrados. Por un lado, porque los conocimientos biomédicos parecen ser insuficientes frente al saber y práctica indígena. Y por otro lado, porque el saber materno es escondido y ocultado —por parte de las madres— al personal de salud especialmente el no indígena.

El PSnI articula, de alguna manera, los saberes y práctica a través del establecimiento de concesiones en el uso de ciertas prácticas de la medicina tradicional o popular —por

ejemplo, el uso de aguas de plantas—. Pero no se recomienda o incentiva el uso de la medicina tradicional/ancestral, y menos aún, se promueven los cuidados populares de la madre. Es importante aclarar que no todas las concesiones son espontáneas sino se dan a partir del requerimiento de las propias personas que son atendidas por el PSnI.

A partir de los hallazgos, vemos que en la práctica de la atención del PSnI hay un intento por incluir el saber popular o saber indígena, desde el reconocimiento de la diferencia. Sin embargo, también se observa de forma clara que estas acciones no dejaban de estar sujetas a jerarquías y al ejercicio de poderes a partir de un modelo médico. En este sentido, vimos como desde el CS de Chugchilán se replica exactamente los lineamientos que establece MAIS-FCI con la veeduría y el control de las autoridades sanitarias, que fueron establecidas en un sentido homogéneo para todo el país. Para Pedrana et al. (2018), esta es una organización de actividades de los servicios, desde las formas occidentales convencionales (Pedrana et al., 2018).

En la práctica sanitaria, las normativas y protocolos médicos se presentan como aspectos limitantes, donde el PSnI se somete a su cumplimiento, por otro lado, a partir de que la mala práctica médica puede ser sancionada, al médico le preocupa los efectos teratogénicos de la medicación en combinación con hierbas y plantas, tampoco en la práctica recomendar o sugerir un cuidado de la medicina tradicional o popular porque no está normatizado. Lo que se aprecia en confusión y frustración molestia por parte del médico especialmente, similar a lo que señala (Falkenberg et al., 2017). Entonces una práctica dispuesta se conjuga con lo real cuando el PSnI debe realizar adaptaciones o concesiones para adaptar su práctica, para por un lado cumplir y por otro atender a una comunidad con sus propias creencias y a la vez demandas. Por tanto, se aprecia un enfoque intercultural funcional a los intereses del MSP, que responde a una atención circunstancial, donde los saberes que se reconocen se “respetan” tratando de no cruzar los límites del otro.

El diálogo de saberes o diálogo intercultural, en el que se debe dar una real articulación entre la medicina occidental y la comunidad, vemos que es más bien un aspecto más discursivo que difícilmente se acciona en la práctica. Por una parte, se muestra una perspectiva de la interculturalidad relacional –intercambio entre prácticas y saberes distintos en condiciones de igualdad, pero ignorando las diferencias en términos superioridad e inferioridad– y por otra, una perspectiva de la interculturalidad funcional al sistema dominante (Walsh, 2012), limitando la interculturalidad al mero contacto, convivencia, tolerancia y donde en ocasiones aparece un intento por civilizar el conocimiento indígena.

Por otro lado, en la atención y las acciones de cuidado, los TAPS se adaptan a las diversas situaciones que se presentan en los encuentros con la comunidad, ya sea entre ellos y el paciente/usuario indígena o siendo parte del EAIS. Los TAPS son conocedores de la MTI/MA, la biomedicina y de la medicina popular, y este hecho hace que en función de la situación que se presenta en la atención, ellos orienten sus acciones de cuidado –ya sean indicaciones, recomendaciones, informaciones, entre otras– a los pacientes/usuarios indígenas. Estas orientaciones pueden ser tanto desde una perspectiva más biomédica, como desde la perspectiva de la medicina tradicional/ancestral, incluso popular. Así mismo los TAPS, también determinan el tipo de padecimiento y pautan tratamientos en función de la situación que presenten los pacientes/usuarios, actividades que podrían clasificarse como actividades de autoatención (Menéndez, 2018).

Así, además de que el personal de salud indígenas —TAPS— ejerce las funciones propias de su formación biomédica, también tratan de responder a otras necesidades de los pacientes/usuarios, ya sea ejerciendo prácticas propias de la medicina tradicional o actuando como intermediarios o enlace con la biomedicina. Por tanto, a partir de los TAPS se estarían gestando nuevas y no reconocidas formas de diálogo de saberes. El personal de salud indígena tiene entonces la capacidad para moverse, articular, negociar y apropiarse de los distintos

saberes (Scopel, 2015). A partir de ellos se establece una nueva forma de interculturalidad o diálogo de saberes —diálogo intercultural—. En ellos se gesta una interculturalidad en salud que consiste en la capacidad de transitar de manera equilibrada entre diferentes sistemas de conocimiento sobre la salud y la enfermedad (Ibache, 2007). Un aspecto que nace de forma espontánea a partir de los diálogos y contactos con las personas de las comunidades. Sin embargo, su actuar puede ser ignorado, negado o rechazado como señala Langdon, & Garnelo (2017), en este caso por el sistema biomédico.

Por tanto, al contrario de lo que sucede con el PSnI, la práctica de la atención por parte de los TAPS se acerca ligeramente a una tercera perspectiva de la interculturalidad, que no está presente en la práctica del PSnI, y que sería la interculturalidad crítica que según Walsh (2012) es una construcción desde abajo, desde la gente que ha sufrido históricamente sometimiento y subalternización. Los TAPS representan una perspectiva crítica desde donde se cuestiona la realidad que presenta la persona y se la valora en sí misma, así como se valora a sus costumbres y tradiciones, y en ocasiones también se promueve la biomedicina.

Finalmente, en cuanto a la articulación entre el modelo biomédico y la comunidad el enfoque intercultural puede adquirir diferentes sentidos, —relacional, funcional, crítica—, tal y como se ha ido mencionando. Los hallazgos evidencian que en el aspecto teórico se piensa desde una interculturalidad “ideal” que habla de relaciones en condiciones de igualdad, mientras que en la práctica la interculturalidad adquiere varios sentidos. Particularmente en la práctica del PSnI prevalece la interculturalidad relacional y funcional, esta última especialmente contraída desde un modelo médico hegemónico (Menéndez, 2016). A partir de la inclusión de la diferencia en el modelo social establecido, “que no cuestiona las reglas de juego”, oculta el conflicto étnico, en este sentido el reconocimiento y el respeto se vuelven en nuevas formas de dominación (Walsh, 2012).

La inclusión de la diferencia se ve en el caso de las estrategias para atraer a los proveedores de la medicina ancestral y con la inclusión de los TAPS, —ambos ignorados bajo una matriz colonial del poder— a lo que Quijano (2006) en Walsh (2012) menciona como “colonialidad del poder”. Bajo el poder de la razón, conocimiento, y pensamiento se descalifican otros conocimientos que no sean los de los “hombres blancos” y usando éstos como dispositivo de dominación —“colonialidad del saber” — (Lander, 2003; Walsh, 2012). Así, estos saberes y prácticas de los TAPS y curadores son colonizados.

Sin embargo, el accionar espontáneo de los TAPS podría terminar traducándose de una u otra forma, como forma de resistencia frente al saber y la práctica médica hegemónica, reconociéndose como una práctica para “reivindicar y legitimar el conocimiento indígena en espacios de interacción entre diversas culturas” (Rocha-Buelvas, 2017). Los TAPS aparecen como una forma de reforzar las identidades tradicionalmente excluidas, y las distintas formas de entender y atender la salud y la enfermedad. Ellos/as representan los procesos interculturales que se están generando espontáneamente entre los actores sociales —individuos, comunidad, curadores tradicionales, personal de salud indígena, etc.— en su cotidiano (Menéndez, 2016) y puede constituir un camino para la consolidación de una propuesta contra-hegemónica (Walsh, 2012).

En el CS de Chugchilán, cuentan como figuras indígenas de atención sólo a los TAPS. Como ya se muestra en los resultados, en el caso de Chugchilán no se han incorporado a la cartera de servicios del sistema de salud los curadores tradicionales. Pero en cambio en otros lugares del país, como es el caso de la ciudad de Otavalo —ciudad en el centro norte del Ecuador—, sí se ha dado (Gallegos *et al.*, 2017). Esta situación deja reflejado que el modelo del MAIS-FCI, no acaba de aplicarse ya que como en el mismo se describe:

la interculturalidad como enfoque busca hacer efectivo el mandato constitucional donde se establece la conformación y presencia efectiva de los proveedores de las medicinas

occidentales, en conjunto con las medicinas alternativas y complementarias, que interrelacionados logren el bienestar del individuo, familia y comunidad (MSP, 2012, p. 46).

Ante la falta de presencia de los curadores tradicionales en el Centro de Salud, los TAPS —a pesar de no ser una figura curadora tradicional— juegan un rol fundamental en la articulación de saberes e intercambio de conocimientos, ya que son miembros de la comunidad indígena. Pero además, también ejercen de organizadores de los encuentros o “diálogos interculturales” (MAIS, 2013), que se organizan periódicamente y en los que participan miembros de los EAIS y curadores tradicionales.

En estos encuentros, que ya han sido descritos en los resultados, se pudo evidenciar la asimetría y subordinación mostrada a través del poder y dominio del modelo biomédico (Menéndez, 2016). En estos escenarios se muestran unos encuentros alejados de un diálogo en igualdad de condiciones, y que claramente promueve prácticas desde la visión biomédica, como es el caso del parto hospitalario, considerado el único seguro (Gallegos et al., 2017), por los representantes del modelo biomédico.

Desde el CS se trabaja con las parteras, pero con un objetivo instrumental, para poder acceder a las comunidades y a los datos que generan la asistencia a las mujeres en sus procesos de parto en el hogar. Todo ello son datos indispensables para verificar que se cumplen con los objetivos marcados por el MSP. En este sentido la interculturalidad sería funcional al sistema existente llevando a la práctica el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural y a la vez convirtiéndola en una estrategia de dominación a fin de impulsar los imperativos de un determinado modelo (Walsh, 2012), que presupone implicaciones de modernidad —un modelo médico occidental validado por los avances científicos— (Díaz & James, 2010).

Tal y como se mencionaba en el apartado de resultados, hemos visto que no hay una presencia efectiva de los proveedores de medicina ancestral junto con los de las medicinas

occidentales y por ello no se da un diálogo intercultural real entre el PSnI y la comunidad, ya que entre otras cuestiones el PSnI está más focalizado en cumplir con los objetivos marcados por el MSP —además con una alta carga de trabajo de tipo burocrático—. Todo ello, son aspectos que evidencian que la implementación de tales estrategias estaría eventualmente replicando una visión etnocéntrica en la organización de los servicios de salud (Pedrana et al., 2017).

El diálogo de saberes y el enfoque intercultural en el CS se centra principalmente, en la atención del parto y las parteras —conforme el MAIS FCI—, y coloca en segundo lugar los otros saberes como el de los mismos yachaks, hierbateros, kuypichak y sobadores. El enfoque parte de una homogeneización de la cultura indígena y establece un rol homogéneo del curador indígena (Langdon, & Ghiggi, 2018), donde al incluir a las parteras se estaría incluyendo a todo el conglomerado de curadores de la MTI/A y donde aparentemente todos hacen uso de la medicina tradicional indígena y los curadores están dentro de las comunidades, las comunidades permanecen estáticas e inmutables al tiempo (Menéndez, 2016).

Conclusiones

La presente investigación de tesis doctoral sobre el enfoque intercultural se plantea a partir de un objetivo general y tres específicos. En este apartado final de conclusiones presentaremos las conclusiones a partir de los objetivos y el apartado finalizará con unas conclusiones finales.

Objetivo General:

Analizar el enfoque de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud de madres y preescolares indígenas, por medio de la recolección de información en las comunidades pertenecientes al Subcentro de Salud de Chugchilán, con el fin de identificar la interacción entre los distintos modelos y formas de cuidado.

Objetivo 1

Analizar los valores, creencias y prácticas que orientan las actitudes y comportamientos de cuidado y autocuidado de las madres indígenas, frente a las acciones de prevención y promoción impartidas desde el centro de atención.

Los saberes mantenernos para la atención y cuidado se construyen, cambian y se ajustan, en base a su sistema particular de racionalidades que, aunque sea un proceso ambiguo mantiene su propia lógica. Se destaca la presencia de saberes de un mayor conocimiento de la biomedicina que les permite reconocer padecimientos y factores de riesgo, así como aplicar ciertas medidas preventivas propias de la medicina occidental, pero además no han perdido el saber heredado de la medicina tradicional indígena y popular.

Las concepciones sobre la salud/enfermedad desde la cosmovisión de las comunidades indígenas andinas ecuatorianas son constructos sociales concretos dentro de contextos sociales y de significado concretos. Dentro de estas concepciones estaría el *Sumak Kawsay* [en quichua] o *Buen Vivir*, que parte de esta cosmovisión, holística, de las formas de vida andino-amazónicas y desde donde se muestra un modelo de vida en equilibrio y armónico, tanto en las relaciones comunitarias como con el entorno natural —“Pacha Mama” o “Madre Naturaleza”—. Por ello, las alteraciones en el estado de salud y bienestar se darían por desequilibrios entre estas relaciones, expresando la persona, distintos padecimientos, malestares o enfermedades.

La trayectoria de atención materna es una articulación constante de saberes y prácticas derivadas por un lado del saber biomédico, del saber tradicional ancestral y popular, que pone en evidencia el uso separado o combinado de los distintos remedios y tratamientos. A partir de su propio sistema de conocimientos hacen una síntesis de saberes en la atención, en busca de mantener, cuidar y recuperar la salud. El cuidado materno ha sufrido cambios ha pasado de ser basado únicamente en la medicina tradicional indígena a incluir, aunque en menor proporción, la biomedicina.

La autoatención es por tanto la principal estrategia de atención materna, a partir de las decisiones y acciones de las madres, que no incluyen curadores y terapeutas de la biomedicina o la medicina tradicional indígena. Los saberes y prácticas maternas son muchos y variados, pero también eficaces, constituyen decisiones y acciones ubicados estratégicamente, aunque no siempre se presenta como un proceso lineal, sino más bien ambiguo. A pesar de que la autoatención materna puede ser incomprendida, es sin embargo, una agente efectivo del cuidado de la salud familiar.

El cuidado materno, también podría constituirse como saberes y prácticas contra hegemónicas, que se contraponen al saber biomédico como modelo de atención hegemónico. Por tanto, el cuidado materno y el núcleo familiar como primer nivel de atención, constituyen

el centro real del enfoque intercultural en la comunidad, ya que incluyen distintas formas de cuidar y atender, partiendo de decisiones y acciones que el modelo biomédico no reconoce — ya que se consideran sin una base científica—.

En el caso particular de los Síndromes Culturalmente Delimitados (SCD) las representaciones sociales de las comunidades indígenas andinas influyen en la decisión del tratamiento, reconociendo —las madres—, que en la biomedicina no encontrarán respuesta para este tipo de afecciones, pero si en la Medicina Tradicional indígena, ya que la biomedicina no reconoce este tipos de padecimientos.

Desde la irrupción del evangelismo los (SCD) son reconocidos en menor medida o con algo de temor, así también por una mayor incursión de la biomedicina estos padecimientos parecen perder terreno, a pesar de que a nivel íntimo y personal sí sean reconocidos.

Objetivo 2

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas que emplea el equipo de salud durante las acciones de prevención y promoción de la salud.

Por lo tanto, se concluye que para que el PSnI, pueda desarrollar competencias interculturales, es necesario que dedique tiempo a la comunidad y que ese tiempo no sea itinerante. Así como que pueda tener espacios para compartir con las comunidades en igualdad de condiciones y no solo atendiendo a las labores burocrático-administrativas. Este sería un aspecto importante para desarrollar un enfoque intercultural en la atención en salud a las comunidades indígenas, atendiendo a lo que idealmente se promulga desde el MAIS-FCI.

En la práctica de los equipos de atención primaria de salud (EAIS) se evidencia una escasa competencia cultural por falta de formación previa, por la alta rotación del personal de salud no indígena y por no poder/querer participar de la vida comunitaria debido al poco tiempo

que tienen para desarrollar las actividades —más que nada por el gran volumen de actividades censo-administrativas que desarrollan—.

Por otro lado, el modelo biomédico continúa estando muy presente en las acciones del personal de salud —a pesar del MAIS-FCI—, mostrando que el diálogo de saberes promulgado, es apenas existente, salvo por la figura de los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS), que es personal originario de las comunidades indígenas. El enfoque intercultural del MAIS-FCI, además de crear la figura de los TAPS —como personal indígena— considera también la inclusión del saber ancestral como pilares del modelo. Pero, en el centro de salud de Chugchilán, las figuras de la MTI/A no se encuentran incluidas de forma contractual —por ejemplo parteras, sobadores, cuypichak y Yachaks.

Vemos también, que la hegemonía del modelo biomédico en Chugchilán es “fuerte”, pero existen otras fuerzas que se oponen y que actúan como contrapoder. Este contrapoder lo llevan a cabo los TAPS que, con sus prácticas diarias y de forma espontánea se contraponen al poder hegemónico, por ejemplo: priorización de las visitas extramurales; influenciando en la decisión de los cuidados maternos etc. Ellos se encuentran en una posición privilegiada —son parte de la comunidad— y con un rol destacado —de mediación o puente entre el modelo biomédico y la MTI/A—. Este hecho los posiciona de manera ambigua, ya que forman parte de una institución jerárquica y un modelo biomédico permeado por el saber —poder—. De alguna manera ellos han logrado ejercer de contrahegemonía ante un modelo biomédico que desconoce las interacciones que se cuecen en lo interno de las comunidades. Pero, además, los TAPS como conocedores de la biomedicina y de la MTI/A, son articuladores entre estos saberes —en contextos interculturales de atención-autoatención—, aplicando tratamientos de uno u otros saberes en función de los padecimientos de las madres.

También destacar que las narrativas del personal de salud no indígena (PSnI), difiere en función de si es personal médico, de odontología, de obstetricia o de enfermería. En

enfermería se aprecia una mayor empatía hacia la realidad indígena quizás a partir de la propia formación y del hecho de que sea una profesión que parte de una visión holística y humanista de la persona, familia y comunidades, ya que el objeto de cuidado es la persona, siendo con quien mantiene relación desde la propia formación de pregrado —al menos en Ecuador—.

A pesar de esta falta de capacitación, en la investigación sí que se pudo evidenciar que el PSnI, al final de su periodo de trabajo en la comunidad, la mayoría del PSnI ha logrado desarrollar sensibilidad cultural, ante lo que para ellos al inicio era desconocido.

Objetivo 3

Analizar la relación entre el equipo de salud y las mujeres de la comunidad a partir de sus conocimientos y prácticas en el marco de las acciones de prevención y promoción de la salud.

En la investigación se pone en evidencia la manera en que la interculturalidad adquiere diversos sentidos. La interculturalidad no se puede plantear si no se contempla a las madres, el PSnI, a los TAPS y a los curadores tradicionales ya que cada uno de ellos posee sus propios saberes, prácticas y percepciones sobre el cuidado y la atención y han desarrollado una imagen personal del otro.

La relación entre el equipo de salud y las mujeres de la comunidad —a partir de sus conocimientos y prácticas— pone en evidencia las distintas visiones con las que se presenta el enfoque intercultural dentro de la práctica de atención y cuidado del centro de salud. Estos enfoques son principalmente el relacional —que entiende la interculturalidad como relación entre culturas asumiendo que son en igualdad de condiciones— y el funcional —que la relación con las culturas permite la inclusión de otros modelos pero en este caso concretamente del

modelo biomédico— al propio sistema —Ministerio de Salud Pública— y que han sido pensadas desde ámbitos de poder que no consideran las de relaciones de desigualdad ya existentes.

Por otro lado —y de forma velada y no reconocida— aparece en la práctica un enfoque que es propio de la interculturalidad crítica. Este enfoque es representado a través de las madres indígenas y los TAPS. Las acciones de madres y TAPS representan la dinámica intercultural, apareciendo ésta como una posición contrahegemónica que pone en el contexto una interculturalidad que se construye a partir de la verdadera base del sistema de salud, la persona, la familia y la comunidad como red social.

Por tanto, esta línea que encabezan las madres y los TAPS corresponde a una participación de las comunidades indígenas que construye la atención y cuidado y deconstruye un modelo médico hegemónico, estas acciones buscan alcanzar el buen vivir el Sumak Kawsay.

Consideraciones finales

La presente investigación de tesis doctoral pone en valor la necesidad real de aplicar cuidados interculturales a las personas indígenas, ya sea en sus propias comunidades como en los contextos migratorios donde se asienten. Para ello es necesario que los profesionales sanitarios de forma general y enfermería en particular desarrollen competencias culturales para ofrecer cuidados de salud.

La “teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados” de Leininger en su momento hizo reflexionar a la enfermería sobre la necesidad de aplicar cuidados a las personas, familias y comunidades, de acuerdo con sus orígenes culturales. En la actualidad vemos cómo este enfoque puede verse obsoleto si no incorpora el pensamiento de las corrientes más críticas de la interculturalidad. Sólo a partir de las corrientes críticas se podrá incluir y reconocer el saber y prácticas populares en los sistemas de salud, teniendo presente los contextos de

colonialidad —poder y subalternidad— en los que se desarrolla el cuidado. Solo desde un enfoque crítico, la enfermería podrá proveer de cuidados culturales emancipadores.

Como líneas futuras de investigación e implicaciones para enfermería destacamos el poder realizar estudios sobre las representaciones que tienen estas comunidades indígenas de salud/enfermedad, focalizando también en cómo los SCD se dan en estas poblaciones migradas, por ejemplo en España. Se destaca la importancia y necesidad de que enfermería sea conocedora de todos estos aspectos ligados a la cultura de las personas para así poder establecer un verdadero diálogo intercultural con las poblaciones de origen indígena.

Referencias

- Acosta, A. (2015). El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. *Política y Sociedad*, 52(2), 299-330.
https://doi.org/10.5209/rev_poso.2015.v52.n2.45203
- Aguilar-Guzmán, O., Carrasco-González, M. I., García-Piña, M. A., Saldivar-Flores, A., & Ostiguín-Meléndez, R. M. (2007). Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria*, 4(2), 26-30.
<https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741822005.pdf>
- Aguilar-Peña, M., Blandón, M. F. T., & García-Perdomo, H. A. (2023). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud pública*, 22(4), 463-467.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v22n4/0124-0064-rsap-22-04-e187320.pdf>
- Alban Meneses, C. de J., Sellan Icaza, V. M., & Moran Alban, C. L. (2020). Health in indigenous peoples: primary care and interculturality. *Minerva*, 1(3), 23-34.
<https://doi.org/10.47460/minerva.v1i3.14>
- Alcántara, M. G. (2008). La definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinidad. *Sapiens, Revista Universitaria de Investigación*. 9(1), 93-107.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Almeida Vera, L., & Almeida Vera, L. (2014). Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. *Medisan*, 18(8), 1170-1183.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800019
- Álvarez Romo, D., Ocaña, J. A., Martínez Pérez, A. M., & León Sánchez, S. (2020). Salud intercultural en la atención primaria de salud: un modelo de participación social en

<http://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/148-156>

Aparicio Mena, A. J. (2009). La limpia en las etnomedicinas mesoamericanas. *Gazeta de Antropología*, 25(1) . <https://digibug.ugr.es/handle/10481/6866>

Arias Murcia, S. E. (2022). Análisis en clave decolonial de la interculturalidad en el modelo integral de atención en salud en Guainía, Colombia. *Cultura de los Cuidados*, 26(62), 163-175. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/122783/6/CultCuid62_12.pdf

Arias-Murcia, S. E., & Penna, C. M. D. M. (2021). Interculturality in the daily routine of primary health care: The case of the health model in Guainía, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 3683-3692. <https://www.scielo.br/j/csc/a/j4LD5tftXV4bbcLQRxRjpKh/abstract/?lang=en>

Arteaga, E. L., San Sebastián, M., & Amores, A. (2012). Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saude em debate*, 36, 402-413. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/grMzs4ZvXDP4khJ3jpp9zNJ/abstract/?lang=es>

Arteaga-Cruz, E. L. (2017). Buen Vivir (Sumak Kawsay): definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador. *Saúde Em Debate*, 41(114), 907-919. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711419>

Asociacion Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

- Baeta S., M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es.
- Barabas, A. M. (2014). Multiculturalismo, pluralismo cultural y interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. *Configurações. Revista de Ciências Sociais*, (14), 11-24. <https://journals.openedition.org/configuracoes/2219>
- Bautista, E., Vangehuchten, L., & Duque, V. (2017). Intercultural health care in Ecuador: an investigation project for the medicine and nursing careers. *Medisan*, 21(10), 3111–3122. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=244&IDARTICULO=75573&IDPUBLICACION=7329>
- Belintxon, M., & López-Dicastillo, O.. de. (2014). Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(3), 401-409. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000300009>
- Beltrán, C. W. M. (2011). Impacto social de la expansión de los nuevos movimientos religiosos entre los indígenas colombianos. *Revista Colombiana de Sociología*, 34(2), 35-54. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/download/27816/28059/98130>
- Blanco, C. M. C., & Castro, A. B. S. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. NURE investigación: *Revista Científica de enfermería*, 27. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340/330>

- Bonill de las Nieves, C., & Celdrán Mañas, M. (2012). El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index de Enfermería*, 21(3), 160-164. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200011>
- Breilh, J. (19-24 de noviembre de 2017) *La medicina social ecuatoriana; promesas y falencias en 50 años de producción. Avances y problemas conceptuales, metodológicos y técnicos*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional Epidemiología Geografía Críticas Espacio, vida y salud: miradas transformadoras, Universidad Andina Simón Bolívar, 2017. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3563/1/Breilh%2C%20J-CON-199-La%20medicina%20social.pdf>
- Breilh, J. (1993). *Género, poder y salud: aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones*. Ediciones CEAS-UTN.
- Bretón, V., Cortez, D., & García, F. (2014). En busca del sumak Kawsay. *Íconos-Revista de Ciencias Sociales*, (48), 9-24. <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/download/1206/1104>
- Burgos, J. I. (1997). *La Salud, el Desarrollo y la Equidad en un Contexto Intercultural. Servicio de Salud Araucanía Sur*. <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>
- Cajete, G. (2000). *Native science: Natural laws of interdependence*. Clear Light Publishers.
- Campiglia, M. (2017). *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*. [Tesis de doctorado en Antropología, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/643/1/TE%20C.C.%202017%20Mercedes%20Campiglia%20Calveiro.pdf>

- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campos, N. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. en Fernández, J. (coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas Antropológicas*. (pp. 129-151). Ediciones Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA y Universidad de Castilla-La Mancha.
- Carrasquilla Baza, D., & Pérez Quintero, C. (2018). Experiencias del cuidado de enfermería en contexto intercultural. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 22(51), 124-132. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.51.14>
- Castillo-Santana, P. T., Vallejo-Rodríguez, E. D., Cotes-Cantillo, K. P., & Castañeda-Orjuela, C. A. (2017). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde e Sociedade*, 26, 61-74. <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/132825>
- Castro Jiménez MSc, L. E., Rincón Moreno, M., & Gómez Rodríguez, D. T. (2017). Educación para la salud: una mirada desde la antropología. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(1), 145-163. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732017000100011
- Cedeño, S., Rodríguez, J., Prieto, D., Schlegel, C., López, L., & Domínguez, S. (2021). Reflexiones sobre las bases conceptuales de la interculturalidad, las problemáticas y retos desde la formación de enfermería. *Revista Científica de Enfermería*, 10(1), 94-108. https://www.researchgate.net/publication/353935356_REFLEXIONES_SOBRE_LAS

_BASES_CONCEPTUALES_DE_LA_INTERCULTURALIDAD_LAS_PROBLEMATICAS_Y_RETOS_DESDE_LA_FORMACION_DE_ENFERMERIA

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/1/S1420521_es.pdf

Chancay, R. D. R. P., Lino, L. L. P., Cañarte, F. M. F., & Tóala, S. J. M. (2021). La teoría crítica como alternativa de desarrollo profesional en la disciplina de Enfermería. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 6(11), 70-82.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7876705>

Codenpe. (2019). http://www.codenpe.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=157&catid=85

Comelles, J. M., Martorell, M. A., & Bernal, M. (2008). *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*. Icaria.

Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador [CONAIE]. (2007). *Propuesta de la CONAIE frente a la Asamblea Constituyente*. Principios y lineamientos para la nueva constitución del Ecuador Por un Estado Plurinacional, Unitario, Soberano, Incluyente, Equitativo y Laico.
<https://www.yachana.org/earchivo/conaie/ConaiePropuestaAsamblea.pdf>

Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador [CONAIE]. (2014). *Panzaleo*.
<https://conaie.org/2014/07/19/panzaleo/>

Constitución de la República del Ecuador [Const.]. 20 de octubre de 2008.

[https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_d
e_bolsillo.pdf](https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_d
e_bolsillo.pdf)

Coraggio, J. L. (2011). *Economía social y solidaria: el trabajo antes que el capital*. Abya Yala-
FLACSO

Corona Lisboa, J. L., & Maldonado Julio, J. F. (2018). Investigación Cualitativa: Enfoque
Emic-Etic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(4), 1-4.

Correa Delgado, R. & Falconí Benítez, F. (2012). Bienes ambientales y relaciones de poder.
Revista de Economía Crítica, 14, 257- 276.
<https://www.revistaeconomicritica.org/index.php/rec/article/download/512/492/527>

Crespo, J. M., & Vila-Viñas, D. (2015). Comunidades: Saberes y conocimientos originarios,
tradicionales y populares (v.2.0). In Vila-Viñas, D., & Barandiaran, X. E. (Eds.), Buen
Conocer - FLOK Society. *Modelos sostenibles y políticas públicas para una economía
social del conocimiento común y abierto en el Ecuador*. IAEN-CIESPAL (pp. 551-
618). [http://book.floksociety.org/ec/3/3-2-saberes-yconocimientos-originarios-
tradicionales-y-populares](http://book.floksociety.org/ec/3/3-2-saberes-yconocimientos-originarios-tradicionales-y-populares)

Currie, E., Schofield, J., Ortega Perez, F., & Quiroga, D. (2018). Health beliefs, healing
practices and medico-ritual frameworks in the Ecuadorian Andes: the continuity of an
ancient tradition. *World Archaeology*, 50(3), 461-479.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00438243.2018.1474799>

Dandicourt Thomas, C. (2016). Competencias profesionales para el especialista de Enfermería
Comunitaria en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(1), 16-26.
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n1/enf03116.pdf>

- Del Popolo, F. (2020). *El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina- Abya Yala: Entre la invisibilización y la resistencia colectiva*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46543-impacto-covid-19-pueblos-indigenas-america-latina-abya-yala-la-invisibilizacion>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2008). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 1–43). Sage Publications, Inc. <https://psycnet.apa.org/record/2008-06339-001>
- Dias-Scopel, R. P., & Scopel, D. (2019). *Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085918>
- Díaz, M., & James, C. (2010). Hacia una pedagogía en clave decolonial: entre aperturas, búsquedas y posibilidades. *Tabula rasa*, (13), 217-233. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n13/n13a09.pdf>
- Diehl, E. E., & Pellegrini, M. A. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad. Saúde Pública*, 30(4). <https://www.scielo.br/j/csp/a/cqvrtQcSr9kydJd68PT86Mw/?format=html>
- Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E., Denier, Y. (2012). QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud.*, 49(3), 360-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012>
- Dietz, G. (2012). *Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en educación: una aproximación antropológica*. Fondo de cultura económica.

- Dietz, G. (2017). Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles educativos*, 39(156), 192-207. <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982017000200192>
- Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi. (2017). *Análisis Situacional Integral de Salud Distrito de Salud Sigchos*.
- Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., & Delbanco, T. L. (1993). Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *The New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252. <https://doi.org/10.1056/NEJM199301283280406>
- Escobar Castellanos, B., & Paravic-Klijn, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 32, 73-87. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n33/1409-4568-enfermeria-33-00073.pdf>
- Espinosa, V., Acuña, C., de La Torre, D., & Tambini, G. (2017). La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34061/v41a962017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fajreldin, V. (2006). Antropología médica para una Epidemiología con enfoque sociocultural. Elementos para la interdisciplinariedad. *Revista Ciencia y Trabajo*, 8(20): 95-102. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-444113>
- Falkenberg, M. B., Shimizu, H. E., & Bermudez, X. P. D. (2017). Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers1. *Revista*

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZKxK5SHwtGtvCN4R54NxfkR/abstract/?lang=en>

Fernández Juárez, G. (2008) “Confesiones de Mandil Blanco”. Profesionales de la salud en el altiplano boliviano. En G. Fernández (Dir.) *La Diversidad Frente al Espejo*. Salud, Interculturalidad y contexto migratorio (pp. 29-50). Abya Yala.

Finerman, R. (1989). Tracing Home-Based Health Care Change in an Andean Indian Community. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(2), 162-174.

Flick, U. (2018). *Introducción a la investigación cualitativa*. Introducción a la investigación cualitativa, (pp. 1-327). Ediciones Morata. https://www.u-cursos.cl/filosofia/2009/2/EDU203/1/material_docente/bajar?id_material=469326

Flor, F. H. (2011). “Buen Vivir, Sumak Kawsay: aporte contrahegemónico del proceso andino”, *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 16(53), 85-94. <https://www.redalyc.org/pdf/279/27919220008.pdf>

Gallegos, C. A., Waters, W. F., & Kuhlmann, A. S. (2017). Discourse versus practice: are traditional practices and beliefs in pregnancy and childbirth included or excluded in the Ecuadorian health care system? *International Health*, 9(2), 105-111. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw053>

Garrido, N. (2017). El Método de James Spradley en la investigación cualitativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6, 37-42. <https://doi.org/10.22235/ech.v6iespecial.1449>

Geertz, C. (2003) Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: *La interpretación de las culturas*. Gedisa, 19-40.

[http://www.iunma.edu.ar/doc/MB/lic_ts_mat_bibliografico/ANTROPOLOG%C3%84%20PLAN%20UNSAM/t1.%20Geertz,%20la%20interpretacion%20\(1\).pdf](http://www.iunma.edu.ar/doc/MB/lic_ts_mat_bibliografico/ANTROPOLOG%C3%84%20PLAN%20UNSAM/t1.%20Geertz,%20la%20interpretacion%20(1).pdf)

Ghiggi Jr. (2017). “*Eu caminho pra me sustentar*”: dinâmicas de circulação e intermedicalidade a partir das práticas terapêuticas de uma indígena Kaingang no oeste de Santa Catarina, Sul do Brasil. II Reunião de Antropologia da Saúde.

Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Chugchilán. (2020). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2020-2023*.
<https://chugchilan.gob.ec/cotopaxi/wp-content/uploads/2020/12/FINAL-PDOT-FOLLETO-1.pdf>

González, C. M. M. (2013). Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *Revista Ene de Enfermería*, 7(2). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/278>

González, D., & Corral, J. (2010): “*Informe de la consultoría preparada por CHS para UNFPA/Ecuador: Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador*”, Center for Human Services, CHS/Ecuador.

Greifeld, K. (2004) Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 18(35), 361-375. <https://www.redalyc.org/pdf/557/55703520.pdf>

Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (pp. 323-323). Paidós.

Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI.

- Guzmán, L. F. G. (2016). Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. *Enfermería 21*, 9(1), 54-67. <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27123/modelo-de-enfermeria-comunitaria-una-propuesta-para-el-abordaje-integral-de-la-salud-en-nicaragua/#:~:text=El%20modelo%20de%20enfermer%C3%ADa%20comunitaria,extra%2Dinstitucionalizaci%C3%B3n%20de%20la%20salud>.
- Gutiérrez-Carmona, A., Urzúa M, A. & Lay-Lisboa, S. (2020a). El significado del bienestar desde la perspectiva de un pueblo originario andino: lickan-antay. *Cultura de los Cuidados*, 24 (58). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.06>
- Gutiérrez-Carmona, A., Urzúa, A., & Lay-Lisboa, S. (2020b). Prácticas tradicionales y factores contextuales que influyen en el bienestar de personas lickan-antay (Atacama, Chile). *Index de Enfermería*, 29(4), 200-204. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Guzmán-Rosas, S. C. (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 10-29. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272016000200010
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Paidós Básica. <https://antropologiaengeo.files.wordpress.com/2015/04/hammersley-y-atkinson-cap-1.pdf>
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2004). *Etnografía. Métodos de investigación*. Paidós Básica.

- Haro-Encinas, J. A. H. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-162). Medicina y cultura.
- Hart, M. A. (2010). Indigenous worldviews, knowledge, and research: The development of an Indigenous research paradigm. *Journal of Indigenous Social Development*, 1(1), 1-16. <https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/server/api/core/bitstreams/d68b730e-5130-432e-8ef0-ea66ad1d29af/content>
- Hasen Narváez, F. N. (2012). Interculturality in Health: competence in health practices with indigenous population. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness* (5nd ed.). Hodder Arnold.
- Helman, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Trad. Eliane Mussnich. (2 ed). Artes Médicas, 1994.
- Hernández Tezoquipa, I., Arenas Monreal, M. de la L., & Valde Santiago, R. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública*, 35, 443-450. <https://scielosp.org/article/rsp/2001.v35n5/443-450/es/>
- Hernández-Falcón, J., & Alba-Leonel, A. (2021). La comunidad es un referente necesario para la enfermería y principalmente para la enfermera comunitaria. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, 119-124. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1154

- Herrera, D., Hutchins, F., Gaus, D., & Troya, C. (2018). Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incomplete project. *Anthropology and Medicine*, 26(3), 328-344. <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507102>
- Herrera-López, J. L. H., Ávila Larreal, A. G. A., Chamorro, P. M. L., Vargas, L. J. G., & Proaño, F. E. E. (2018). Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(4), 180-185. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6726072>
- Herrera-López, J., Ávila Larreal, A. G., Pachucho-Flores, A. (2021). Percepción intercultural sobre el uso de medicina tradicional y/o convencional de las comunidades Quisapincha, Pasa y Salasca. *Enfermería Investiga*, 6(2), 43-50. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1072>
- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&tlng=es.
- Hidalgo, A. L., Arias, A., & Ávila, J. (2014). El pensamiento indigenista ecuatoriano sobre el Sumak Kawsay. En A. L. Hidalgo, A. Guillén, & N. Deleg (Eds.), *Antología del Pensamiento Indigenista Ecuatoriano sobre Sumak Kawsay* (1ª ed.). CIM-PYDLOS-FIUCUHU.
- Higgins J. (26 de mayo de 1941). *La tuberculosis en el Ecuador*. Conferencia ante el Capítulo de Filadelfia de la Asociación Médica Panamericana.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/13275/v21n2p126.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ibarra Mendoza, T. X., & González, J. S. (2006). Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería*, 15(55), 44-48. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es&tlng=es.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos [IIDH]. (2007). *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos*. Unidad de Información y de Servicio Editorial del IIDH, San José. <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2101/campa%C3%B1a-educativai-modulos-tematicos-2003.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2022) <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>

Jiménez-Barbosa, W. G., Granda-Kuffo, M. L., Ávila-Guzmán, D. M., Cruz-Díaz, L. J., Flórez-Parra, J. C., Mejía, L. S., Vargas-Suárez, D. C. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Revista Universidad y Salud*, 19(1),126-139. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.76>

Juárez, G. F. (ed.). (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Ediciones Abya-Yala.

Kleinman A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social science & medicine*, 12(2B), 85–93. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160798778900145?via%3DiHub>

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1525/9780520340848>

Knipper, M. (2010). “Más allá de lo indígena: Salud e interculturalidad a nivel global.” *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 27(1), 94–101. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100014&script=sci_abstract

Lander, E. (2003). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100708034410/lander.pdf>

Langdon, E. J., & Garnelo, L. (2017). Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud colectiva*, 13(3), 457-470. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1117>

Langdon, E. J., & Ghiggi Júnior, A. (2017). Engajamento antropológico e políticas públicas: a formação de redes interdisciplinares em saúde indígena. In: R. Castro; C. Engel, R. Martins (orgs). *Antropologias, saúde e contextos de crises* (pp. 109-125), Sobrescrita. <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/7118/2/Engajamento%20antropol%20e%20pol%20adicas%20p%20publicas>

Langdon, E. J., Diehl, E. E., & Dias-Scopel, R. P. (2014). O papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. In: Teixeira, C. C., Garnelo, L.. *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes*

históricas e ideológicas (pp. 213-239). Editora Fiocruz.
<https://books.scielo.org/id/4q4z4/pdf/teixeira-9788575415825-09.pdf>

Langdon, E. J., Diehl, E. E., Wiik, F. B., & Dias-Scopel, R. P. (2006). A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2637-2646.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/RN9wZpFvKXNY3VZpHtLBybD/abstract/?lang=pt>

Larrea, C., Torres, F. M., López, N. G., & Rueda, M. B. C. (2007). *Pueblos indígenas, desarrollo humano y discriminación en el Ecuador*. Editorial Abya Yala.

Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de Los Cuidados*, 3(6), 5-12.
<https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>

Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 189-192.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113148/>

Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice*. (3rd ed.), McGraw-Hill.

Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: a Worldwide Nursing Theory*. Jones and Bartlett Learning.

León, M. (2015). *Buen Vivir en el Ecuador*. Del concepto a la medición. Del discurso a la medición: propuesta metodológica para medir el Buen Vivir en el Ecuador. Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/10/Buen-Vivir-en-el-Ecuador.pdf>

Ley Orgánica de Salud. (2006). <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. 5 de diciembre de 2018. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>

Lipson, J. G. (2000). Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería (edición digital)*. 28-29. http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php

Lleixà-Fortuño, M., & Montesó-Curto, P. (2017). *Investigación en enfermería*. Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

López, J. L. H., Larreal, A. G. A., Chamorro, P. M. L., Vargas, L. J. G., & Proaño, F. E. E. (2018). Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. *Enfermería Investiga*, 3(4), 180-186. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005269>

López-Cevallos, D. F., Chi, C., & Ortega, F. (2014). Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad Equity-based considerations for transforming the Ecuadorian health system. *Revista de Salud Pública*, 16(3), 346-359. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n3.34610>

Lorente-Fernández, D. (2015). Medicina indígena y males infantiles entre los nahuas de Texcoco: pérdida de la guía, caída de mollera, tiricia y mal de ojo. *Anales de Antropología*, 49(2), 101-148. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/50889>

- Maffesoli M. (2010). *O conhecimento comum: Introdução a la sociologia compreensiva*. Sulina.
- Malinowski, B. (1976). *Os argonautas do pacífico Ocidental: um relato dos empreendimentos e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné*. Abril Cultural.
- Martin, K., & Mirraoopo, B. (2003). Ways of knowing, being and doing: A theoretical framework and methods for indigenous and indigenist re-search. *Journal of Australian studies*, 27(76), 203-214. <https://doi.org/10.1080/14443050309387838>
- Martín, S. R., & Martín, S. R. (2020). Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (80), 6-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726301>
- Martínez-Hernández, A. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.
- McFarland, M. R. (2011). Madeleine M. Leininger. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Modelos y teorías en enfermería, 454-479 In Allgood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). *Leininger's Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. McGraw Hill Education.
- McFarland, M. R., Mixer, S. J., Webhe-Alamah, H., & Burk, R. (2012). Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care Across

- Disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(3), 259-279.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/160940691201100306>
- McKenna, M. (1984). Anthropology and nursing. The interaction between two fields of inquiry. *Western Journal of nursing research*, 6(4), 423-431.
- Menéndez E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos Médico Sociales*, 59, 3-18.
- Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud* (Vol. 86). Secretaría de Educación Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207.
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sc/v8n1/a14v08n1.pdf
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Menéndez, E. L. (2010), "Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas". En R.Campos y M. Citarella (Ed.) *Yachay Tikuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Prohibisaba, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común.
- Menéndez, E. L. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención "paralelas" y proyectos de poder. *Salud colectiva*, 11(3), 301-330.
<https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n3/301-330/es/>

- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=es.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, 16, e2615. <https://scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2615/>
- Menéndez, E. L., & Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización*. Colecc. M. Othon de Mendizabal.
- Menéndez, E. L., (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73110102.pdf>
- Meneses, C. A., Icaza, V. S., & Alban, C. L. M. (2020). La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. *Revista Minerva: Multidisciplinaria de Investigación Científica*, 1(3), 23-34. <https://doi.org/10.47460/minerva.v1i3.14>
- Mignolo, W. D. (2000). *La colonialidad a lo largo ya lo ancho: el hemisferio occidental en el horizonte colonial de la modernidad*. Clacso.
- Mignolo, W. D. (2003). *Historias locales/diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo* (Vol. 18). Ediciones Akal.

- Mignone, J., J., Bartlett, J. O'Neil, T., & Orchard (2007). Mejores Prácticas en Salud Intercultural: Cinco estudios de caso en Latin America. *Revista de Etnobiología y Etnomedicina*, 3(31). <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1186/1746-4269-3-31>
- Mínguez Arias, J. (2012). Antropología de los cuidados. *Cultura de los cuidados*, 7-8, 102-106. <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2000-n7-8-antropologia-de-los-cuidados>
- Mínguez Arias, J., & Cobos Rincón, A. (2019). La enfermera comunitariay la realidad de la atención a personas, familias y comunidad. Del asistencialismo a la atención enfermera. *Rev. Rol enferm*, 42(10), 706-710. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-190274>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública y Complementaria.. https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2015). Articulación de prácticas y saberes de las parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud, Manual. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Intercultural-MSP. http://186.47.84.242:8000/cs-la-mana/guias_normas_protocolos/LA%20ESTRATEGIA%20MATERNA/MANUAL%20DE%20ARTICULACION%20DE%20PARTERAS.pdf

- Ministerio de Salud Pública. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Evaluación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones Ecuador* 2017. https://www.paho.org/en/file/46904/download?token=Bhe-5g_1
- Moore, H. L. (2009). *Antropología y Feminismo*. (5ed). Editorial Cátedra.
- Moreno Preciado, M. (2018). Hacia una antropología del cuidar. *Index de Enfermería*, 27(3), 113-114. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200001&lng=es&tlng=es.
- Morgante, M. G., & Remorini, C. (2018). Estudio etnográfico de las relaciones intergeneracionales en el cuidado de la salud a escala doméstica durante las etapas pre y postnatal (Molinos, Salta, Argentina). *Apuntes*, 45(83), 37-65. <https://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/909>
- Mosqueda-Díaz, A., Vílchez-Barboza, V., Valenzuela-Suazo, S., & Sanhueza-Alvarado, O. (2014). Critical theory and its contribution to the nursing discipline. *Investigación y educación en enfermería*, 32(2), 356-363. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25230045/>
- Mozo González, M. D. C. (2017). Salud e interculturalidad en Ecuador: las mujeres indígenas como sujetos de intervención de las políticas públicas. *Comparative Cultural Studies: European and Latin American Perspectives*, 2 (3), 55-65. <https://doi.org/10.13128/ccselap-20826>
- Muñoz Sánchez, A. I., & Rubiano Mesa, Y. L. (2011). Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia). *Index de Enfermería*, 20(4), 229-232. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000300004&script=sci_arttext&tlng=pt

- Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., Rodríguez Cruz, R., & Sánchez Pérez, Y. (2014). Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador. *Revista cubana de medicina general integral*, 30(3), 375-381.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n3/mgi11314.pdf>
- Navarro, V. (1998). *Concepto actual de la salud pública*. In Martínez F., Castellanos, P. L., Navarro, V. *Salud Pública* (pp. 49-54). Mc Graw-Hill. .
- Observatori de Bioètica i Dret arc Científic de Barcelona. (1979). *El Informe Belmont*. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación.
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1974). *Enfermería y salud de la comunidad*. Serie de Informes Técnicos 558.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38874/WHO_TRS_558_spa.pdf;jsessionid=4301AB4931B1CAE3CE8981D71B5601F0?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=33E80983E97DB300B0221B7811E373B8?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 45. Ginebra.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1976). Enseñanza de enfermería en salud comunitaria'. *Educación médica y salud*, 10(X1976).

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39454/4530.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1989). Análisis prospectivo de la educación en enfermería. *Educ Méd Salud.*, 23(2), 119-154.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10041/EducMedSalud_v23n2.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2008). *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.* OPS.
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). <https://www-paho-org.sire.ub.edu/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>

Ortega, J., & Judzil, P. (2017). Comunicación, género y autoatención: acción social en prevención de cánceres. En J. O. Canto, & J. Pérez Mutul (coords.), *Cánceres en mujeres mayas de Yucatán. Pobreza, género y comunicación social* (pp. 199-244), Universidad Autónoma de Yucatán/Plaza y Valdés.

Ortiz, P-T. (9 mayo 2022). *El Mundo Indígena 2022: Ecuador.* IWGIA.
<https://iwgia.org/es/ecuador/4786-mi-2022-ecuador.html>

Ortner, S. (1974). Is Female to Male as Nature is to Culture? En M. Rosaldo y L. Lamphere L. (Eds.). *Women, Culture and Society* (pp. 67-88), Stanford: Stanford University Press.

Osorio-Carranza, R. (2007). *La trayectoria de atención de las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales. Introducción a la*

Antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas. OSALDE, Asociación por el derecho a la salud, 151-175.

Osorio-Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad*. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. Instituto Nacional Indigenista. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MCAOn__1vbkC&oi=fnd&pg=PA2&dq=Entender+y+atender+la+enfermedad.+Los+saberes+maternos+frente+a+los+padecimientos+infantiles&ots=rXYFpgcxR7&sig=rUbcjZUp0C2Uqx1kcRvkhAo9yoI&redir_esc=y#v=onepage&q=Entender%20y%20atender%20la%20enfermedad.%20Los%20saberes%20maternos%20frente%20a%20los%20padecimientos%20infantiles&f=false

Pasto-Capuz, V., Francisco-Pérez, J. & Blanco, M. R. (2019). *¿Quién cura y cómo cura?* Tratamiento de la enfermedad en una comunidad rural de Ecuador. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (54), 244-254. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.21>

Pedrana, L., Trad, L. A. B., Pereira, M. L. G., de Torrente, M. O. N., & de Carvalho Mota, S. E. (2018). Critical analysis of interculturality in the National Policy for the Care of Indigenous Peoples in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42(1). <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA626504833&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=10204989&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7Eaa6100a1>

Pereira, P. (2012). Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *MANA*, 18(3), 511–538. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132012000300004>

- Peretti L. (2010). Las “enfermedades culturales”, la etnospsiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala. *Scripta Ethnologica*.32, 17-28.
<https://www.redalyc.org/pdf/148/14815618002.pdf>
- Pérez Quintero, C., & Carrasquilla Baza, Ds. (2018). Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. *Index de Enfermería*, 27(4), 216-220.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300008&lng=es&tlng=es.
- Pérez Ruiz, M. L., & Argueta Villamar, A. (2011). Saberes indígenas y diálogo intercultural. *Cultura y representaciones sociales*, 5(10), 31-56.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102011000100002
- Pontes, A. L., Rego, S., & Garnelo, L. (2018). La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. *Desacatos*, (58), 84-103. <https://doi.org/10.29340/58.2010>
- Pulido Fuentes, M. (2017). Una mirada desde la salud intercultural en programas de cooperación al desarrollo. *Boletín Americanista*, 1, 33-51.
<https://revistes.ub.edu/index.php/BoletinAmericanista/article/view/17551>
- Pulido, M., Abad, L., de Fátima, M., & Flores, J. (2017). Health competence from a transcultural perspective. Knowing how to approach transcultural care. *Procedia - Social and Behavioral Sciences EDUHEM*, 237(2016), 365-372.
<https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2017.02.022>

- Purnell, L. D. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados*, 6, 91-102. <https://culturacuidados.ua.es/article/view/1999-n6-el-modelo-de-competencia-cultural-de-purnell-descripcion>
- Quijano, A. (2000). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. Clacso.
- Quijano, A. (2006). Estado-nación y movimientos indígenas en la región Andina: cuestiones abiertas. *Observatorio Social de América Latina*, 19(1), 15-24. <https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/osal/20110327050057/02Quijan.pdf>
- Quijano, A. (2015). Sobre la colonialidad del poder. Conferencia magistral impartida por Aníbal Quijano. *Contextualizaciones Latinoamericanas*, 1(8). <http://contexlatin.cucsh.udg.mx/index.php/CL/article/view/2792>
- Ramírez Hita, S. (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá Revista de Antropología*, (14), 1-28. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006814>
- Ramírez Hita, S. (2011). *Salud Intercultural*. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. Instituto Superior Ecuménico Andino de Teología [ISEAT].
- Ramírez Hita, S. (2014). *Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10), 4061-4069. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09372014>
- Rasch, D., & Bywater, K. (2014). *Health promotion in Ecuador: A solution for a failing system*. *Health*, 6(10), 916-925. <https://doi.org/10.4236/health.2014.610115>

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>

Rico Becerra, J. I. (2010). La atención primaria de salud ante el reto en la asistencia de la extrajería: los ecuatorianos en un municipio murciano. In Comelles, J. M., Allué X., Bernal, M., Fernández-Rufete, J., Mascarella, L. (comps.). *Migraciones y Salud*. (pp. 390-404). Publicacions URV

Rocha-Buelvas, A. (2017). Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1147-1161. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400015>

Rodríguez-Gómez R. (2017). Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 49(3), 490-497. <https://doi.org/10.18273/revsal.v49n3-2017007>

Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A. L., & Ramírez-Pérez, M. (2015). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 11(4), 145-153. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632014000400005&script=sci_abstract

Roldán-Chicano M. T., Fernández-Rufete, J., Hueso-Montoro, C., García-López M. M., Rodríguez-Tello, J. (2017) Síndromes culturalmente definidos en los procesos migratorios: el caso de los inmigrantes bolivianos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2915. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DL4zBCrydZznrbDLs8tS85N/?lang=es>

Rosaldo, M.Z. (1974). *Woman, Culture and Society: a Theoretical Overview*. En M. Rosaldo y L. Lamphere (eds). *Women, Culture and Society*. (pp 17-42). Stanford: Stanford University Press.

Sánchez Ramos, F. (2012). La cosmovisión quichua en Ecuador: una perspectiva para la economía solidaria del Buen Vivir. *Cuadernos Americanos*, 142, 39-51.
<http://www.cialc.unam.mx/cuadamer/textos/ca142-39.pdf>

Santos, B. (2010). *Descolonizar el Saber, Reinventar el poder*. Ediciones Trilce

Scopel, D. S., Dias-Scopel, R. P., & Wiik, F. B. (2012). Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 6(1), 173-190.
<https://doi.org/10.18569/tempus.v6i1.1141>

Scopel, D., Dias-Scopel, R. P., & Langdon, E. J. (2015). Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 2559-2568.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/f3tLpPCXHzb8QGXKT6k5pWt/abstract/?format=html&lang=en>

SENPLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). Ecuador. Plan Nacional de Desarrollo. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 (2.ed.)* (2009). Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/%20Informacion-Legal/Normas-de-Regulacion/Plan-Nacional-para-el-Buen-Vivir/Plan+Nacional+del+Buen+Vivir+2009-2013.pdf>.

- Siles González, J., & Solano-Ruiz, M. (2009). *Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas*. Universidad de Alicante.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=583695>
- Silva, C. D. (2010). *Cotidiano, saúde e política*. Uma etnografia dos profissionais da saúde indígena [Tese de Doutorado, Universidade de Brasilia].
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/7144>
- Solo de Zaldívar, V. B. (2013). Etnicidad, desarrollo y ‘Buen Vivir’: Reflexiones críticas en perspectiva histórica. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, 95, 71-95. <https://www.jstor.org/stable/23595693>
- Souza, I. D., Pereira, J. A., & Silva, E. M. (2018). Between State, society and family: the care of female caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 6), 2720–2727.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0111>
- Spector, R. E. (1999). Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Cultura de los cuidados*, 6: 66-79. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5155>
- Spector, R. E. (2012). Enfermería de cuidados culturales. *Cultura de los cuidados*, (11), 5-10.
- Spradley J. (1979). *The Ethnographic Interview*. Harcourt. Brace Jovanovich College Publishers.
- Stivanello, M. B. (2015). Aportes al debate de la interculturalidad en salud. *Margen Rev Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 76, 1-8.
<https://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf>
- Tapia, S. C., Rodríguez, J. I., Prieto, D. M., Schlegel, C., López, L. E., & Domínguez, S. (2021). Reflexiones sobre las Bases Conceptuales de la Interculturalidad las problemáticas y

retos desde la formación de Enfermería. *Revista Científica de Enfermería*, 10(1), 94-108.

https://www.researchgate.net/publication/353935356_REFLEXIONES_SOBRE_LAS_BASES_CONCEPTUALES_DE_LA_INTERCULTURALIDAD_LAS_PROBLEMAS_Y_RETOS_DESDE_LA_FORMACION_DE_ENFERMERIA

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Paidós.

Teixeira, C. C., & Silva, C. D. da. (2015). The construction of citizenship and the field of indigenous health: A critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 12(1), 351–384. <https://doi.org/10.1590/1809-43412015v12n1p351>

Torres Pantoja, J. E., Santos Holguín, S. A., Arce Castillo, V. C., & Romero Urrea, H. E. (2021). Factores interculturales que inciden en la atención de enfermería. Centro de salud tipo c venus de valdivia la libertad. *Journal of America Health*, 4(1), 90–107. <https://doi.org/10.37958/jah.v4i1.67>

Torres, I., & López-Cevallos, D. (2017). ¿Reforma de salud en Ecuador como modelo de éxito? Crítica al número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1-2. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.148>

Trinidad Santos, E. M., Angel Vargas, L., & Chad Pellón, L. H.. (2013). La Interculturalidad en el mundo globalizado y sus impactos en el proceso salud-enfermedad: contribuciones de la Enfermería. *Index de Enfermería*, 22(4), 214-218. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300005>

- Tubino, F. (2015). El trasfondo epistémico de los conflictos interculturales. *Contextualizaciones latinoamericanas*, 2(11), 1-5.
<http://contexlatin.cucsh.udg.mx/index.php/CL/article/view/2762/7387>
- Unceta, K. (2014). *Desarrollo, postcrecimiento y Buen Vivir: Debates e interrogantes*. Abya-Yala. <https://filosofiadeld Buen Vivir.com/wp-content/uploads/2015/02/Desarrollo-postcrecimiento-y-Buen-Vivir-2014.pdf>
- Unicef. (2016). *Informe sobre equidad en salud 2016*. Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. UNICEF.
https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-03/20170630_UNICEF_InformeSobreEquidadEnSalud_ESP_LR_0.pdf
- Valdez Fernandez, A. (2019). *Interculturalidad: una apuesta en la formación de los profesionales enfermeros*. *Cultura de los cuidados*, 23(55), 209-221.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.18>
- Viola Recasens, A. (2013). Discursos “pachamamistas” versus políticas desarrollistas: el debate sobre el sumak kawsay en los Andes. *Íconos*, 48, 55-72.
https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/download/1209/1106&hl=es&sa=T&oi=gsb-ggp&ct=res&cd=0&d=15236621862373164817&ei=BZg9ZMeuFouyyATe1LDQAw&scisig=AJ9-iYvUvqyX1rfrHJsbyZxuZM6O
- Walsh, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: Las insurgencias político-epistémicas de refundar el estado. *Tabula Rasa*, 9, , 131-152.
<http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n9/n9a09.pdf>

- Walsh, C. (2009a). *Interculturalidad, estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época*. Universidad Andina Simón Bolívar. <https://books.google.es/books?id=Ju8GQgAACAAJ>
- Walsh, C. (2009b). Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des) de el insurgir, re-existir y re-vivir. *UMSA Revista (entre palabras)*, 3(30), 1-29. <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/13582/13582.PDFXXvmi...>
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Construyendo interculturalidad crítica*, 75(96), 167-181. https://www.uchile.cl/documentos/interculturalidad-critica-y-educacion-intercultural_150569_4_1923.pdf
- Walsh, C. (2012). *Interculturalidad crítica y (de)colonialidad: ensayos desde Abya Yala*. Ediciones Abya-Yala. <https://elibro.net/es/lc/craiub/titulos/79180>
- Werner, J. F. (1996). D'un itinéraire à l'autre ou les incertitudes du savoir ethnographique. En: J. Benoist. *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical*. (pp. 363–392) Karthala.
- Wright, A. L., Jack, S. M., Ballantyne, M., Gabel, C., Bomberry, R., & Wahoush, O. (2019). Indigenous mothers' experiences of using acute care health services for their infants. *Journal of clinical nursing*, 28(21-22), 3935–3948. <https://doi.org/10.1111/jocn.15034>
- Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of anthropology*, 11(1), 257-285. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.an.11.100182.001353?journalCode=anthro>

Yumisaca Jiménez, E. R. (2019). Ciencias ancestrales de medicina indígena de la provincia de Chimborazo, Ecuador. *Revista digital RUNA YACHACHIY [revista on-line]*
<http://www.alberdi.de/MED-INDIG-CHIMBO-YUMISRY2019.pdf>

Zolla, C. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. CIESS.

Anexos

Anexo 1. Guión entrevista en profundidad para las madres

Guión de la entrevista en profundidad: valores, creencias y prácticas de cuidado, prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud del menor y personal.

Grupo: Mujeres

Propósito: Conocer valores, creencias y prácticas de cuidado, prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud del menor y personal.

1. Introducción general a la entrevista
¿Cómo ha estado en estos días?

2. Conocimiento de las prácticas diarias
¿Podría describir lo que hace en un día normal?
¿Qué dificulta la vida diaria?
¿Quiénes más forman parte de su vida diaria? ¿Cómo está conformado su hogar?
¿Quién le ayuda de su familia en el cuidado del hogar?

3. Conocimiento de las prácticas de cuidado del menor
¿Alguna vez a estado enfermo su hijo?
¿Quisiera contarme como solucionó algún caso de enfermedad que fue difícil?
¿A dónde acude usted cuando un miembro de la familia enferma?
¿Qué hace para evita que los niños de enfermen?

4. Conocimiento de las prácticas de cuidado propio
¿De que suele enfermarse frecuentemente?
¿Alguna vez a estado enferma muy gravemente?
¿Qué hizo para tratar la enfermedad?
¿Cómo se cuida usted para evitar enfermedades?

5. Percepción de la interculturalidad
¿Cuándo va al subcentro?
¿Cómo son sus visitas al subcentro de salud?
¿Sabe usted que actividades realiza el personal del subcentro?
¿Lo que hace el personal de salud es importante para mantener su salud y la de sus hijos?

Anexo 2. Guión entrevista en profundidad para el personal de salud

Grupo: Equipo de salud: médico/s, enfermera/s, obstetra, TAP/s

Propósito: Conocer los discursos y prácticas del personal de salud sobre prevención y promoción de la salud.

1. Conocimiento de la percepción de la interculturalidad y su enfoque

¿Cómo entiende usted la interculturalidad en salud?

¿Cuáles son los principales programas de prevención y promoción de la salud en el subcentro?

¿Qué programas tiene dificultad para su aplicación dentro de la comunidad?

En la práctica ¿Cuál es el enfoque intercultural en los servicios de salud comunitarios?

2. Conocimiento de la percepción de lo indígena y sus formas de cuidado

¿Cuál es su percepción de las conductas de la población indígena en cuanto al manejo de la salud?

¿Conoce usted como la población indígena previene las enfermedades?

¿Sabe usted como actúa la madre y/o la comunidad frente a una enfermedad?

¿Es fácil que las madres/mujeres sigan las indicaciones médicas?

3. La práctica profesional en ámbitos interculturales

¿En qué consiste su labor frente a la comunidad?

¿Cómo explicaría usted la interacción entre usted y la mujer de la comunidad?

¿Cómo explicaría usted la interacción entre el personal de salud y la comunidad?

¿Cuál cree usted que son las principales dificultades que encuentra en su labor?

Nota: A medida que avanzaba el estudio, los temas de las entrevistas se desarrollarán de acuerdo con los datos recopilados durante los períodos de observación y notas de campo.

Anexo 3. Consentimiento informado de las madres



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



Formulario de Consentimiento Informado por escrito para participar en el estudio dirigido a madres de la comunidad

Título de la investigación: La interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud de la madre y el niño en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchilan, Cotopaxi-Ecuador, 2020.

Investigador Principal: Ana Lucía Quiroz Hidrovo. Universidad de Barcelona. Correo: anilquiroz@hotmail.es / aquirohi7@alumnes.ub.edu

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender cómo será su participación y poder despejar cualquier duda que tenga. Si lo desea, puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si quiere participar o no. Sus conocimientos y experiencias aportarán información valiosa para el estudio y para los servicios de atención en salud de su comunidad.

Usted ha sido invitada a participar en esta investigación sobre la relación entre los diferentes conocimientos y prácticas para mantener la salud y prevenir la enfermedad, por su experiencia sobre la prevención, cuidado y tratamiento de las enfermedades, tanto la de Usted como la de sus hijos pequeños, porque tiene entre 15 y 44 años, vive en la comunidad y tiene niños, con edades comprendidas entre los 0 y 5 años.

Propósito del estudio

El propósito del estudio es aprender sobre los conocimientos, las prácticas y las distintas formas de cuidado de la salud y la prevención de las enfermedades, incluyendo tanto lo que sabe y practica como lo que ha aprendido a través de los profesionales de salud (médico, enfermera, obstetra, y los técnicos de atención primaria (TAPS).

Descripción de los procedimientos para llevar a cabo el estudio

Durante el estudio tendremos varios encuentros. Las entrevistas serán cortas (aproximadamente 60 minutos) y se enfocarán en temas del cuidado de su propia salud y la de sus hijos. Puede que en algunos casos estos encuentros se repitan más de una vez para aclarar algunas dudas o ampliar algunas cuestiones. Estos encuentros, según acordemos, podrían ser en la casa, en el campo, en el centro de salud o en otros lugares que considere más adecuados. Para concretar el lugar y la fecha me pondré de acuerdo con antelación.

Si Usted lo autoriza, las entrevistas serán grabadas en audio y se realizarán algunas fotos suyas y de sus hijos, con su previo consentimiento. Las grabaciones servirán para que pueda transcribir las ideas que se hayan expresado durante nuestros encuentros. La duración del estudio será desde el mes de Julio del 2020 al 30 de Enero del 2021.

Riesgos y beneficios

Los riesgos que existirían podrían ser que en algún momento sintiera falta de privacidad por mi presencia, o incomodidad al momento de contestar preguntas por lo que usted puede suspender el encuentro y retomarlo en otro momento más adecuado. Además, si lo desea podrá invitar a otra persona de confianza para que le acompañe en el encuentro y que le ayude con la traducción.

Código CEISH-USFQ: P2019-194E
Versión:3,18/06/2020



Por c a las 17:02:19, 24/07/2020

Página 1 | 5



También podría pensar que relacionarse conmigo por ser de fuera sería un riesgo, pero conozco la comunidad y sus formas de organización social. En todo momento se preservará y respetarán sus derechos, valores culturales, organización familiar y su modo de vida. La información que Usted entregue se mantendrá en privado y solo será para uso de este estudio. Se cuidará en todo momento de su salud para evitar el riesgo contraer COVID-19, mediante la aplicación de medidas de higiene y protección, por lo que relacionarse conmigo no será un riesgo.

A través de los resultados del presente estudio, las autoridades de la parroquia y del distrito de salud podrán tomar decisiones e incorporarlas en sus planes de trabajo. Por lo que los beneficios para la población y para Usted se verán a futuro. Tengo previsto después de finalizar el estudio, en Abril 2021, regresar a la parroquia de Chugchilan para comunicar los resultados a las comunidades en una sesión de la asamblea, a las autoridades de la parroquia y a las autoridades del distrito de salud.

A corto plazo, espero que la información obtenida ayude tanto a las mujeres como a las enfermeras, los médicos, los TAPS y otros proveedores de atención y cuidado, y que mejore el dialogo entre la medicina ancestral y biomédica, en términos de mayor igualdad. Además, que mejore la relación, comunicación y aprendizaje mutuo entre el personal de salud y la comunidad. A largo plazo, que los programas de salud local consideren los aspectos locales, sociales y culturales. Y que el subcentro de salud pueda incorporar los cuidados y acciones favorables de su cultura en los modelos de atención.

A nivel académico, los beneficios serán la difusión de la información en eventos científico-académicos que también contribuyan a reconocer y valorar a las mujeres indígenas.

Confidencialidad de los datos

Para mí, en calidad de investigadora principal, considero imprescindible mantener su privacidad en todas las fases del estudio, por lo que aplicaré las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad o información que la relacione...

1. Los datos (información) serán recolectados anónimamente. La información obtenida será custodiada por mí y los datos personales registrados con un nombre ficticio, el cual se puede asignar usted mismo. Ningún informe escrito o grabación de audio se guardará con su nombre.
2. A esta información solo tendremos acceso yo y las directoras de mi tesis de doctorado. No se compartirán grabaciones de audio con ninguna otra persona.
3. La información y datos obtenidos en este estudio serán privados y almacenados en archivos digitales de mi computador y los documentos físicos en un gabinete en mi casa durante un período de 7 años y su custodia será responsabilidad mía (investigador principal).
4. En ninguna de las publicaciones o comunicaciones producto de la investigación se mencionará su nombre y apellidos.
5. Al finalizar el estudio se borrarán los datos personales y cualquier información que permita su identificación, también las grabaciones una vez completada la investigación serán eliminadas.
6. La información y datos obtenidos del estudio serán destruidos al finalizar los 7 años.
7. El Comité de ética de la investigación en seres humanos (CEISH) de la USFQ tendrá acceso a los datos solo en caso de presentarse problemas con la seguridad de la información o de la ética del estudio.





Derechos y opciones del participante

Sus derechos se protegerán dando cumplimiento a lo establecido en este documento, explicando claramente el proceso, resolviendo las dudas y haciendo uso de un traductor en caso necesario.

Tiene derecho al anonimato y confidencialidad de sus datos personales de identificación.

Usted no recibirá ningún pago por la entrevista o la información que facilite, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Usted tiene derecho a decidir no participar en el estudio en cualquier momento. En caso de revocatoria de su consentimiento Usted debería contactar conmigo, manifestar su deseo de no participar y firmar la revocatoria en el mismo documento donde firmó el consentimiento. En el caso de revocatoria de consentimiento, sus datos no serán utilizados y serán borrados de inmediato.

Procedimientos para verificar la comprensión de la información incluida en este documento

Para asegurarnos que usted a comprendido la información le realizaremos algunas preguntas:

- ¿Puede explicarme cómo va a participar en este estudio?
- ¿Qué hace si está participando y decide ya no participar?
- ¿Cuáles son los posibles riesgos para usted si decide participar?
- ¿Qué recibirá por participar en este estudio?
- ¿Hay alguna información que no haya sido lo suficientemente clara y que desea que se la repita o aclare de nuevo?

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor envíe un correo electrónico a anilquiroz@hotmail.es

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del CEISH-USFQ USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec





Consentimiento informado para participar en el estudio Participantes madres de la comunidad	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar.	
<input type="checkbox"/> Acepto voluntariamente participar en esta investigación y me entregaron una copia de este formulario.	
<input type="checkbox"/> No acepto participar en esta investigación	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador: Ana Lucía Quiroz Hidrovo	Fecha:
Firma del investigador	CC 1716948656
Revocatoria del consentimiento	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha
Firma del investigador	CC





Consentimiento informado para toma de imágenes y grabaciones de voz	
Participantes madres de la comunidad	
Acepto <input type="checkbox"/>	No acepto <input type="checkbox"/> <i>que se tomen imágenes (fotografías) de mi persona, para cumplir con los objetivos de este estudio.</i>
Acepto <input type="checkbox"/>	No acepto <input type="checkbox"/> <i>que se realice grabaciones de mi voz durante las actividades de implementación de este estudio.</i>
Acepto <input type="checkbox"/>	No acepto <input type="checkbox"/> <i>que se realicen videos o audio-videos donde yo aparezco participando en este estudio.</i>
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador: Ana Lucía Quiroz Hidovo	Fecha:
Firma del investigador	CC 1716948656
Revocatoria del consentimiento	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador	Fecha
Firma del investigador	CC



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito
 Aprobación
 2020-07-24 17:02:05:00

Anexo 4. Consentimiento informado del personal de salud



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



Formulario de Consentimiento Informado por escrito para participar en el estudio dirigido al personal de salud

Título de la investigación: La interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud de la madre y el niño en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchilan, Cotopaxi-Ecuador, 2020.

Investigador Principal: Ana Lucía Quiroz Hidrovo. Universidad de Barcelona. Correo: aniluquiroz@hotmail.es / aquirohi7@alumnes.ub.edu

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción <p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender cómo será su participación y poder despejar cualquier duda que tenga. Si lo desea, puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si quiere participar o no. Sus conocimientos y experiencias aportarán información valiosa para el estudio y para los servicios de atención en salud de su comunidad.</p> <p>Usted ha sido invitado/a a participar en esta investigación sobre la interrelación y convivencia entre los diferentes conocimientos y prácticas de cuidado para mantener la salud y prevenir la enfermedad, por su experiencia profesional, porque trabaja en el subcentro de salud, conoce la comunidad y tiene más de 6 meses siendo parte del equipo de salud.</p>
Propósito del estudio <p>El propósito del estudio es aprender sobre como se interrelacionan los conocimientos, las prácticas y las distintas formas de cuidado de la salud y la prevención de las enfermedades, incluyendo tanto lo que saben y practican como lo que ha aprendido las madres a través de los profesionales de salud (médico, enfermera, obstetrix, y los técnicos de atención primaria (TAPS)).</p>
Descripción de los procedimientos para llevar a cabo el estudio <p>Durante el estudio tendremos varios encuentros. Las entrevistas individuales y conjuntas serán cortas (aproximadamente 60 minutos) y se enfocarán en temas de su propia experiencia durante las acciones realizadas para la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud de la madre y sus hijos. Puede que en algunos casos estos encuentros se repitan más de una vez para aclarar algunas dudas o ampliar algunas cuestiones. Estos encuentros, según acordemos, podrían ser en el centro de salud, durante las visitas domiciliarias o en otros lugares que considere más adecuados. Para concretar el lugar y la fecha me pondré de acuerdo con antelación.</p> <p>Si Usted lo autoriza, las entrevistas serán grabadas en audio y se realizarán algunas fotos, con su previo consentimiento. Las grabaciones servirán para que pueda transcribir las ideas que se hayan expresado durante nuestros encuentros. La duración del estudio será desde el de Julio del 2020 al 30 de Enero del 2021.</p>
Riesgos y beneficios <p>Los riesgos que existirían podrían ser que en algún momento sintiera falta de privacidad por mi presencia, o incomodidad al momento de contestar algunas preguntas por lo que usted puede suspender el encuentro y retomarlo en otro momento más adecuado.</p>

Código CEISH-USFQ: P2019-194E
Versión:3,18/06/2020



Página 1 | 5

Por el las 17:03:25, 24/07/2020



También podría pensar que relacionarse conmigo por ser de fuera sería un riesgo, pero conozco la comunidad y sus formas de organización social. En todo momento se preservará y respetarán los derechos, valores culturales, organización familiar y modo de vida suyo y de la comunidad. La información que Usted entregue se mantendrá en privado y solo será para uso de este estudio. En ningún caso usted será identificado con la información proporcionada. Se cuidará en todo momento de su salud para evitar el riesgo contraer COVID-19, mediante la aplicación de medidas de higiene y protección, por lo que relacionarse conmigo no será un riesgo.

A través de los resultados del presente estudio, las autoridades de la parroquia y del distrito de salud podrán tomar decisiones e incorporarlas en sus planes de trabajo. Por lo que los beneficios para la población y para Usted se verán a futuro. Tengo previsto después de finalizar el estudio, en Abril 2021, regresar a la parroquia de Chugchilan para comunicar los resultados a las comunidades en una sesión de la asamblea, a las autoridades de la parroquia y a las autoridades del distrito de salud.

A corto plazo, espero que la información obtenida ayude tanto a las mujeres como a las enfermeras, los médicos, los TAPS y otros proveedores de atención y cuidado, y que mejore el dialogo entre la medicina ancestral y biomédica, en términos de mayor igualdad. Además, que mejore la relación, comunicación y aprendizaje mutuo entre el personal de salud y la comunidad. A largo plazo, que los programas de salud local consideren los aspectos locales, sociales y culturales. Y que el subcentro de salud pueda incorporar los cuidados y acciones favorables de su cultura en los modelos de atención.

A nivel académico, los beneficios serán la difusión de la información en eventos científico-académicos que contribuyan a reconocer y valorar a las mujeres indígenas, así como la práctica profesional con comunidades indígenas.

Confidencialidad de los datos

Para mí, en calidad de investigadora principal, considero imprescindible mantener su privacidad en todas las fases del estudio, por lo que aplicaré las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad o información que la relacione...

1. Los datos (información) serán recolectados anónimamente. La información obtenida será custodiada por mí y los datos personales registrados con un nombre ficticio, el cual se puede asignar usted mismo. Ningún informe escrito o grabación de audio se guardará con su nombre.
2. A esta información solo tendremos acceso yo y las directoras de mi tesis de doctorado. No se compartirán grabaciones de audio con ninguna otra persona.
3. La información y datos obtenidos en este estudio serán privados y almacenados en archivos digitales de mi computador y los documentos físicos en un gabinete en mi casa durante un período de 7 años y su custodia será responsabilidad mía (investigador principal).
4. En ninguna de las publicaciones o comunicaciones producto de la investigación se mencionará su nombre y apellidos.
5. Al finalizar el estudio se borrarán los datos personales y cualquier información que permita su identificación, también las grabaciones una vez completada la investigación serán eliminadas.
6. La información y datos obtenidos del estudio serán destruidos al finalizar los 7 años.





7. El Comité de ética de la investigación en seres humanos (CEISH) de la USFQ tendrá acceso a los datos solo en caso de presentarse problemas con la seguridad de la información o de la ética del estudio.

Derechos y opciones del participante

Sus derechos se protegerán dando cumplimiento a lo establecido en este documento, explicando claramente el proceso, resolviendo las dudas y haciendo uso de un traductor en caso necesario.

Tiene derecho al anonimato y confidencialidad de sus datos personales de identificación.

Usted no recibirá ningún pago por la entrevista o la información que facilite, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Usted tiene derecho a decidir no participar en el estudio en cualquier momento. En caso de revocatoria de su consentimiento Usted debería contactar conmigo, manifestar su deseo de no participar y firmar la revocatoria en el mismo documento donde firmó el consentimiento. En el caso de revocatoria de consentimiento, sus datos no serán utilizados y serán borrados de inmediato.

Procedimientos para verificar la comprensión de la información incluida en este documento

Para asegurarnos que usted ha comprendido la información le realizaremos algunas preguntas:

- ¿Puede explicarme cómo va a participar en este estudio?
- ¿Qué hace si está participando y decide ya no participar?
- ¿Cuáles son los posibles riesgos para usted si decide participar?
- ¿Qué recibirá por participar en este estudio?
- ¿Hay alguna información que no haya sido lo suficientemente clara y que desea que se la repita o aclare de nuevo?

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor envíe un correo electrónico a anilquiroz@hotmail.es

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del CEISH-USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec





Consentimiento informado para participar en el estudio	
Participantes personal de salud	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar.	
<input type="checkbox"/> Acepto voluntariamente participar en esta investigación y me entregaron una copia de este formulario. <input type="checkbox"/> No acepto participar en esta investigación	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador: Ana Lucía Quiroz Hidrovo	Fecha:
Firma del investigador	CC1716948656
Revocatoria del consentimiento	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha
Firma del investigador	CC





Consentimiento informado para toma de imágenes y grabaciones de voz	
Participantes personal de salud	
Acepto <input type="checkbox"/> No acepto <input type="checkbox"/>	que se tomen imágenes (fotografías) de mi persona, para cumplir con los objetivos de este estudio.
Acepto <input type="checkbox"/> No acepto <input type="checkbox"/>	que se realice grabaciones de mi voz durante las actividades de implementación de este estudio.
Acepto <input type="checkbox"/> No acepto <input type="checkbox"/>	que se realicen videos o audio-videos donde yo aparezco participando en este estudio.
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador: Ana Lucía Quiroz Hidovo	Fecha:
Firma del investigador	CC 1716948656
Revocatoria del consentimiento	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador	Fecha
Firma del investigador	CC



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito
 Aprobación
 2020-07-24 17:04:05:00

Anexo 5. Aprobación del proyecto de tesis por la comisión de bioética de la Universidad de Barcelona.



Oficina de Gestió de la Recerca
Pavelló Rosa (recinte Maternitat) primer pis
Travessera de les Corts, 131-159 93-4035398
08028 Barcelona

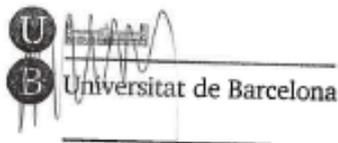
COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per la Sra. **Ana Lucia Quiroz Hidrovo**, doctoranda en el departament d'Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica, de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, i referent a la Tesi intitulada "**ESTUDIO ETNOGRAFICO SOBRE CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DE CUIDADO DE LAS MUJERES INDÍGENAS EN EL CONTEXTO FAMILIAR DEL CANTÓN SIGCHOS DE COTOPAXI- ECUADOR**", dirigida per la Dra. **Dolores Rodríguez Martín**, aquesta Comissió, per acord de data **12 de juny de 2018**, va aprovar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 12 de juny de 2018.


Universitat de Barcelona
Comissió de Bioètica

Vist i Plau
El president de la Comissió de
Bioètica de la Universitat de
Barcelona


UNIVERSITAT DE
BARCELONA
Oficina de Gestió de la Recerca

Domènec Espriu Climent

Institutional Review Board (IRB00003099)

Anexo 6. Aprobación del proyecto de tesis por el comité de ética de la Universidad San Francisco de Quito



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



Oficio N°. CA-P19.194E-CEISH-USFQ
21 de julio de 2020

Doctors
Ana Lucía Quiroz Hidrovo
Investigadora principal
Posgradista de la Universidad de Barcelona
Ciudad

Asunto: Aprobación del estudio
Referencia: Protocolo 2019-194E.

De nuestra consideración:

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito (CEISH-USFQ), notifica a usted que, en sesión ordinaria celebrada el día 29 de mayo de 2020, Acta AVO-08-2020-CEISH-USFQ, la Junta en Pleno evaluó los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos de la investigación: *La interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud de la madre y el niño en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchitán, Cotopaxi-Ecuador, 2020*, resolviendo aprobar condicionalmente el estudio.

Habiendo recibido respuesta satisfactoria a las observaciones/clarificaciones informadas mediante Carta de aprobación condicionada (Oficio N°. NR52-2020 de 02 Junio de 2020), el comité resuelve Aprobar la investigación registrada con los siguientes datos:

Código CEISH-USFQ	P2019-194E
No. Informe de evaluación CEISH-USFQ	IE3-EXP164-2019-CEISH-USFQ
Tipo de Investigación	Estudio Cualitativo etnográfico, con población vulnerable adulta, catalogado como expedito porque se recolecta y registra la información de manera anonimizada.
Área de Investigación	Ciencias de la salud
Duración de la Investigación	Julio 2020 a abril 2021 (9 meses)
Investigadores e instituciones participantes	IP: Ana Lucía Quiroz Hidrovo, SENESCYT, posgradista de la Univ.de Barcelona, España Coinvestigadoras y DT de la Universidad de Barcelona: Dra. Cristina Larrea Killinger y Dra. Dolores Rodríguez Martín



Documentos aprobados de esta investigación:

	Documento	Versión Idioma	Fecha Doc.	# pgs
1	Protocolo de investigación	E3.0	19 jun 2020	21
2	Formularios de consentimiento (FC):			
	2.1. FC para madres de la comunidad	E3.0	19 jun 2020	05
	2.2. FC para personal de salud	E2.0	19 jun 2020	05
	2.3. FC para representantes de menores	E2.0	19 jun 2020	05
	2.4. Formulario de asentimiento para madres menores de edad	E2.0	06 mar 2020	04
4	Instrumentos a ser utilizados para el desarrollo de la investigación	E1.0	29 nov 2019	01
	4.1. Diario de campo	E1.0	29 nov 2019	01
	4.2. Guión de observación: actividades de cuidado diario, autocuidado y autoatención.	E1.0	29 nov 2019	01
	4.3. Guión de entrevista a profundidad: valores, creencias y prácticas de: cuidado, prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud del menor y personal.	E1.0	29 nov 2019	01
	4.4. Guión de observación: interacción o dinámica entre las mujeres y el equipo de salud.	E1.0	29 nov 2019	01
	4.5. Guión de la entrevista en profundidad al equipo de salud, para conocer los discursos y prácticas del personal de salud sobre prevención y promoción de la salud.	E1.0	29 nov 2019	01
	4.6. Guión preguntas grupo de discusión: La imagen de lo indígena y las experiencias de prevención y promoción de salud, dirigidas a las mujeres y madres de la comunidad.	E1.0	29 nov 2019	01
	4.7. Protocolo COVID19 y post COVID19	E1.0	19 jun 2020	08

Para la aprobación de esta investigación, se ha tomado en consideración la pertinencia y/o relevancia científica de la investigación, la idoneidad del equipo de investigación, la factibilidad de la investigación y la idoneidad de los recursos de la investigación.

La vigencia de aprobación de la investigación es de un año calendario (365 días), desde el 21 de julio de 2020 hasta el 20 de julio de 2021, tomando en cuenta el período de duración descrito en el protocolo que se aprueba con esta carta, e incluyendo tres meses adicionales para cualquier eventualidad.

Se informa a la investigadora principal que:

- Previo al término de la vigencia, usted deberá solicitar la renovación de la aprobación de su investigación, según lo acordado en la "Carta compromiso del investigador principal".
- Deberá notificar al CEISH-USFQ del inicio y finalización de la investigación. Deberá adjuntarse al informe de inicio, la "anuencia comunitaria" que quedó pendiente debido a la emergencia sanitaria (Ref. informe de evaluación IE3-EXP194-2020-CEISH-USFQ). La no presentación de esta documentación será causal para la revocatoria de esta aprobación.



- Deberá cumplir con todos los compromisos contraídos con el CEISH-USFQ en la "Carta compromiso del investigador principal".

El CEISH-USFQ deslinda cualquier responsabilidad en cuanto a la veracidad de la información presentada.

Atentamente,

Iván F. Sisa Caiza, MD, MPH, MS
Presidente CEISH-USFQ
comiteetico@usfq.edu.ec



cc. Archivo digital del estudio
IS/ammt

Anexo 7. Protocolo COVID-19 para el investigador

PROTOCOLO COVID-19 PARA EL INVESTIGADOR PERÍODO COVID-19 Y POST COVID-19

1. Introducción

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que el origen de estas neumonías era debido a un nuevo tipo de coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común a otros síntomas atípicos.

El SARS-CoV2 se ha descubierto como la causa de la enfermedad denominada COVID-19, que se transmite entre las personas a través de las secreciones gotitas respiratorias —que se generan con la tos o el estornudo— de una persona enferma. Las vías de transmisión del virus son por gotas, contacto y a través del aire.

El riesgo de contagio por el SARS-CoV-2 es alto y según las recomendaciones de la OMS, se debe minimizar mediante el uso de ciertas medidas de protección que, por orden de prioridad, son: mantener la distancia interpersonal de, al menos, 2 metros; reforzar la higiene de manos y respiratoria; limpieza y desinfección de espacios y superficies; y, por último, el uso de equipamiento de protección. La protección adecuada frente al contagio se consigue a través de una combinación de estas medidas de protección.

Por otro lado, la Región de las Américas se caracteriza por su riqueza multiétnica y multicultural. Sin embargo, los pueblos indígenas, los afrodescendientes y otros grupos étnicos se enfrentan en muchas ocasiones a la discriminación y la exclusión, lo que genera inequidades en el ámbito de la salud. El impacto de la COVID-19 podría ser mayor en ciertos grupos de la población, como los pueblos indígenas y la población afrodescendiente. Por tanto, proteger la seguridad y salud de la población indígena es una prioridad para el investigador.

Dicho impacto puede mitigarse con las medidas de protección, pero sobre todo con la participación activa de la comunidad, el diálogo abierto y directo entre el investigador y la comunidad. El encuentro e interacción entre el investigador y la comunidad es un elemento fundamental de la investigación y especialmente durante el trabajo de campo. En este contexto mundial de pandemia, el investigador adoptará las medidas de seguridad recomendadas por la OMS y de demás agencias sanitarias, para poder desarrollar su labor investigadora, sin que esto suponga un riesgo de contagio dentro de los contextos COVID19 y post COVID19.

2. Objetivo

Proveer lineamientos para el desarrollo del trabajo de campo seguro, para así garantizar la salud y seguridad sobre todo del pueblo indígena de la parroquia de Chugchilan y del investigador.

3. Protocolo

El presente protocolo establece las acciones a ser aplicadas durante el estudio para la protección de la población de la COVID-19. Las acciones consideradas se han tomado de los documentos y normativas de la OMS, la OPS, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el Ministerio de Sanidad de España, así como normativas locales del Cantón Sigchos, donde se desarrollará la investigación.

3.1. Normas de Bioseguridad para la recolección de Datos

Las técnicas de investigación son las que determinarán las características de los contactos con los pobladores de la comunidad y por tanto las medidas de seguridad a aplicar para evitar y proteger a la población de la COVID-19.

3.1.1. Medidas de higiene y protección durante la observación participante

Descripción: en el inicio y durante el estudio el investigador buscará involucrarse en profundidad en la vida comunitaria, mediante la convivencia en la comunidad correspondiente y participando principalmente en las actividades comunitarias.

Las observaciones se harán en la comunidad, las viviendas, en el centro de atención de salud y otros campos donde se da la vida diaria de los participantes.

Acciones:

- Durante los recorridos, en el trabajo de campo, mantener la distancia interpersonal de 1.5 a 2 metros entre el investigador y los pobladores. Se evitará todo contacto físico cercano (como dar la mano, dar un beso, abrazar, entre otros) con los pobladores de la comunidad.
- Evitar lugares con aglomeraciones y evitar permanecer en espacios cerrados y con gran afluencia de personas en la medida de lo posible.
- Siempre que sea posible optar de forma preferente por el lavado de manos con agua y jabón según la técnica de higiene de manos recomendada por la OMS.
 - Lavado manual (duración del procedimiento 40–60 segundos): mojar las manos y aplicar jabón; frotar todas las superficies, secarse minuciosamente con una toalla descartable; use la toalla para cerrar el grifo.
 - El siguiente enlace indica los pasos necesarios para el correcto lavado de manos: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/img/PosterA5_HigieneManos.jpg
- Reforzar la higiene de manos mediante uso de gel antiséptico de base alcohólica.
 - Frotado de las manos, según la misma técnica de lavado de manos —duración del procedimiento 20–30 segundos— y aplicar suficiente producto para cubrir todas las áreas de las manos.
 - Considerar que el gel de manos no tiene eficacia si se usa con las manos sucias.
- Mantener higiene respiratoria:
 - Al toser o estornudar: cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado; o utilizar un pañuelo de papel que después deberá ser desechado (el investigador llevará una bolsa personal para desechos) y posteriormente realizará el lavado de manos o bien utilizar el gel hidroalcohólico para higienizarlas.²
 - El investigador deberá abstenerse, en la medida de lo posible, de tocarse la boca y la nariz, durante las salidas de campo.
- El investigador usará mascarilla durante los recorridos y cuidará que ésta cubra en todo momento nariz, boca y barbilla.

3.1.2. Entrevistas

Descripción: Las entrevistas estarán dirigidas a los informantes clave (líderes comunitarios, autoridades de la parroquia entre otros), los/as participantes (madres y el equipo de salud). Las entrevistas serán llevadas a cabo por la investigadora durante un tiempo máximo de 60 minutos.

Acciones:

- Coordinar siempre con la persona (informantes clave y/o participantes) el día y el lugar para tomar las precauciones sanitarias correspondientes.
- Procurar que la entrevista o primer contacto se realicen en espacios abiertos manteniendo la distancia de seguridad de 1,5 a 2 metros.²

- En el primer contacto con la persona se aplicará una breve encuesta para ver estado de vulnerabilidad y aspectos de riesgo (ver anexo 1)
 - Previo a la realización de la entrevista se tomará la temperatura a la persona a entrevistar.
 - Si durante la encuesta se presenta un factor de riesgo importante se suspenderá la entrevista explicando de forma clara y precisa la razón, recalcando el bienestar de la persona, su familia y la comunidad.
- Si la entrevista debiera llevarse en un lugar cerrado:
 - Se mantendrá la distancia interpersonal de 1.5 a 2 metros entre el investigador y el/la participante. Se evitará todo contacto físico cercano con los pobladores de la comunidad, como dar la mano, dar un beso, abrazar, entre otros
- Antes de realizar la entrevista y al finalizar el contacto, siempre que sea posible, optar por el lavado de manos con agua y jabón según la técnica.
 - Lavado de manos según la técnica.
 - El investigador llevará siempre su propio contenedor de agua y toallas de papel para realizar la higiene de manos.
- Reforzar la higiene de manos mediante el uso de gel antiséptico de base alcohólica, según la técnica.
- El uso de la mascarilla será permanente durante los contactos, tanto por parte del investigador como de la persona a entrevistar.
 - En caso de que la persona no tenga mascarilla el investigador le proveerá de una mascarilla desechable.
 - Cuidar que la mascarilla cubra en todo momento nariz, boca y barbilla. Si fuera necesario se enseñará a la persona en su uso adecuado.
- Asegurar la higiene respiratoria: al toser o estornudar: cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado; o utilizar un pañuelo de papel que después deberá ser desechado en el contenedor personal del investigador y después realizar higiene de las manos. El uso de mascarilla no libera de la realización de esta acción.
 - Si fuera necesario se enseñará a la persona en la realización de esta acción.

3.1.3. Grupos de discusión y/o reuniones comunitarias

Descripción: el grupo de discusión es una actividad que se realizará con los miembros del equipo de salud y se realizará en la sala de reuniones del Subcentro de Salud de Chugchilan con un máximo de 10 personas y una duración máxima de 60 minutos. Otras reuniones se realizarán para socializar a los líderes comunitarios sobre el estudio y en etapa postCOVID-19 (semáforo verde) con el objeto de socializar los resultados.

Acciones:

- Previo a la realización se considerará si las reuniones ya se encuentran autorizadas por las entidades correspondientes.
- Se realizarán reuniones de 6 personas y máximo 10 en espacios que permitan mantener una distancia de entre 1,5 y 2 metros entre cada participante.
- Asegurar una limpieza minuciosa de las superficies ambientales con agua y detergente y la aplicación de desinfectantes.
 - Limpieza de las zonas menos sucias a las zonas más sucias, de arriba hacia abajo y de dentro hacía fuera.
- Los asistentes deberán llenar el formulario correspondiente para la determinación de riesgos. (ver anexo 1)
- Se asegurará la disponibilidad de instalaciones para el lavado de las manos con agua corriente.
- Asegurar la disponibilidad de productos/insumos para higiene de las manos en la entrada (agua limpia, jabón, toallas de papel, preparado de base alcohólica al 70%).

- Asegurar medidas de protección: para esto tanto el investigador como los participantes deberán usar mascarillas.
 - Se vigilará en el ingreso la correcta colocación de la mascarilla.
 - Se tomará la temperatura a las personas que asistan.
 - En caso de que alguien no tuviera mascarilla el investigador le proveerá de esta.
- Se asegurará el ingreso ordenado al recinto evitando en todo momento las aglomeraciones.
- Previo al inicio de la reunión se darán indicaciones sobre medidas generales para evitar riesgos como:
 - Asegurar higiene respiratoria tanto para las personas asistentes como para el investigador. En caso de toser o estornudar: cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado; o utilizar un pañuelo de papel que después deberá ser desechado en el contenedor dispuesto para el caso, y con posterioridad realizar higiene de manos. El uso de mascarilla no libera de esta acción.^{2,4}
 - Mantener durante la reunión la distancia de 1,5 a 2 metros entre los asistentes.
 - La mascarilla deberá permanecer colocada en todo momento, cubriendo nariz, boca y barbilla.

3.2. Movilidad del Investigador y estadía en la Parroquia

Descripción: para y durante el trabajo de campo es indispensable la movilidad, por tanto, realizar una movilidad segura por parte del investigador hasta la parroquia y también dentro de la parroquia, con lo que se garantizará la seguridad de los pobladores de las comunidades.

Acciones:

- A la llegada al país⁷⁷ la investigadora cumplirá con las acciones establecidas por el Comité de Operaciones Especiales del Ecuador, según resolución del 18 de mayo del 2020 (este puede ser modificado según las condiciones de la pandemia en el territorio ecuatoriano).
 - Entre las acciones, la investigadora, cumplirá con los 14 días de aislamiento en el lugar establecido por las autoridades correspondientes.
- Solo una vez que se haya confirmado con las autoridades correspondientes, que es posible el ingreso (semáforo amarillo) a la parroquia Chugchilan del Cantón Sigchos, la investigadora será trasladada en vehículo particular a la comunidad.
- Al ingreso en la parroquia, se establecerá contacto inmediato con las autoridades sanitarias de la misma y se seguirán los protocolos señalados.
- Una vez dentro de la comunidad la investigadora, tendrá su residencia permanente en la cabecera parroquial (Chugchilan centro), durante el tiempo que perdure el estudio en la etapa correspondiente al trabajo de campo.
 - El lugar deberá prestar las facilidades para mantener ventilación adecuada de la habitación, distanciamiento social y medidas de higiene correspondientes.
- Para los desplazamientos, que pueden ser de larga distancia, dentro de la parroquia de Chugchilan se contactará con una persona de la propia parroquia para que colabore con el transporte particular. En caso excepcional se hará uso del transporte público y en estos casos se deberá guardar la distancia interpersonal, además, del uso de mascarilla.
- Para los desplazamientos de corta distancia dentro de la parroquia se optará siempre por la movilidad a pie, siempre haciendo uso de la mascarilla.

4. Materiales que provee el investigador

- Mascarillas desechables.
- Alcohol en gel 70%.
- Elementos de limpieza y desinfección de superficies.

⁷⁷ La investigadora en estos momentos se encuentra en Barcelona, donde está realizando el doctorado en la Universitat de Barcelona. Viajará para Ecuador el 19 de julio de 2020.

- Jabón de manos (en dispensador).
- Toallas de papel.
- Pañuelos de papel.
- Bidón de agua, por si falta agua corriente.
- Contenedor para poder desechar productos como pañuelos de papel, mascarillas, etc.

5. Aspectos finales

- El presente documento será presentado a los líderes de las comunidades.
- Se participará en los diálogos que se tengan por objeto informar a los miembros de la comunidad con respecto a la COVID-19.
- Se estará siempre informada sobre la situación de la comunidad en cuanto al número de contagios.
- Se mantendrá constante comunicación con las autoridades sanitarias de la parroquia de Chugchilan
- Adicional a lo señalado en este documento, se seguirán los protocolos implementados por las autoridades sanitarias.
- Así mismo, se respetará y se considerarán las prácticas de la medicina tradicional indígena para la prevención de la COVID-19, entendiendo el sentido que éstas tienen para los pueblos indígenas.
- Se promoverá el diálogo y la comunicación para consensuar y construir medidas efectivas de prevención y protección familiar y comunal en relación con la pandemia.
- En caso de mantener síntomas relacionados con COVID-19 se reportará de forma inmediata al personal de salud del Subcentro de Salud de Chugchilan, y se aplicarán las medidas de auto-aislamiento y se seguirá los protocolos dispuestos por el personal de salud.
- Como nota final, hay que mencionar que se tiene ya confirmado el hospedaje con las características señaladas y transporte interno.

Referencias

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19.

<https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-relativas-pueblos-indigenas-afrodescendientes-otros-grupos-etnicos.pdf>

Ministerio de Salud Pública. Marzo 2020. Lineamientos de prevención y control para casos sospechosos o confirmados de SARS CoV-2/COVID-19.

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/lineamientos-COVID19_DNCSS_31032020-ECU-911.pdf

WHO-UNICEF. Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus Interim guidance. 23 April 2020.

<https://www.who.int/publications/i/item/water-sanitation-hygiene-and-waste-management-for-the-covid-19-virus-interim-guidance>

Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Documento técnico. Medidas higiénicas para la prevención de contagios del COVID-19. Versión de 6 de abril de 2020.

https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Medidas_higienicas_COVID-19.pdf

Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad en el contexto del COVID-19 10 DE junio DEL 2020.

https://www.msrebs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_mascarillas_ambito_comunitario.pdf

Comité de Operaciones de Emergencia Nacional. Resoluciones COE NACIONAL-18 DE MAYO DE 2020.

<https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/18-MAYO-2020.pdf>

Coordinación Zonal 3 – Salud Dirección Distrital 05D05 Sigchos-Salud. Protocolo de Manejo de las Actividades Laborales, Durante la Pandemia por COVID-19 del Personal que Trabaja en la Dirección Distrital 05D05-Sigchos-Salud. Año 2020.

Elaborado por:

Mg. Ana Lucía Quiroz Hidrovo
Investigadora principal

Revisado por:

PhD. Dolores Rodríguez Martín. Directora de Tesis, Antropóloga Social, Docente Universitat de Barcelona, Enfermera Clínica Hospital Clinic Barcelona-España

PhD. Cristina Larrea Killinger. Directora de Tesis, Antropóloga Social, Docente Universitat de Barcelona Departamento de Antropología Social, Historia de América Latina y África Barcelona-España



Cuestionario Vulnerabilidad COVID-19

Datos personales

Nombres y Apellidos

CI

Teléfono

Factores de Riesgo

Enfermedad Cardiovascular incluido hipertensión

Enfermedad pulmonar crónica

Diabetes

Insuficiencia renal crónica

Inmunodepresión

Cáncer en tratamiento activo

Enfermedad hepática crónica severa

Obesidad mórbida (IMC mayor a 40)

Embarazo

Posibilidad de Contagio por COVID-19

¿Has tenido durante los últimos 14 días contacto con alguna persona que haya sido positiva para COVID19 o con sintomatología compatible (temperatura mayor de 38º)?

SI

NO

Riesgo Familiar

¿Convives con alguna persona que puede ser especialmente vulnerable a contagiarse de COVID19? ?

SI

NO

Interacción con Otras Personas

¿Consideras que durante tus actividades has tenido contacto cercano (inferior a 2 metros) con otras personas sospechosas de padecer la COVID-19?

SI

NO

¿Sospechas de algunos de tus contactos recientes y con los que has tenido contacto cercano (menor de 2 metros) ?

SI

NO

Declaro que:

---- las informaciones que he facilitado en este cuestionario son ciertas

---- informaré al investigador en caso e cualquier modificación de mi situación

Firma/huella del participante

Anexo 8. Financiamiento



Oficio Nro. SENESCYT-SDFC-DSEFC-2017-3339-O

Quito, D.M., 15 de septiembre de 2017

Asunto: NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN PROGRAMA DE BECAS PARA DOCTORADO (PHD) PARA DOCENTES DE UNIVERSIDADES Y DE ESCUELAS POLITÉCNICAS 2016

Señorita
Ana Lucía Quiroz Hidrovo
En su Despacho

En mi calidad de Secretario del Comité Interinstitucional de Becas y Ayudas Económicas, de la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, informo que **QUIROZ HIDROVO ANA LUCIA** con número de cédula **1716948656**, ha sido seleccionada como adjudicataria de una beca bajo el "PROGRAMA DE BECAS PARA DOCTORADO (PHD) PARA DOCENTES DE UNIVERSIDADES Y DE ESCUELAS POLITÉCNICAS 2016", mediante Acta No.095-2017 de 30 de agosto de 2017.

Las bases de postulación del Programa establecen que los criterios para la adjudicación están dados por la evaluación de los siguientes parámetros:

1. Perfil académico de el/la postulante.
2. Proyecto de investigación
3. Entrevista.

La adjudicataria ha aprobado satisfactoriamente todos los parámetros de evaluación y tendrá un soporte económico por parte Gobierno Nacional de la República del Ecuador para iniciar y/o continuar un programa de estudios de DOCTORADO DE ENFERMERÍA Y SALUD en la UNIVERSIDAD DE BARCELONA en ESPAÑA, una vez que se firme el respectivo contrato, con un financiamiento máximo referencial para EUROPA, ASIA Y AFRICA de USD 204.000,00 por un plazo máximo de 4 años.

Atentamente,



Sr. Alejandro Pérez
DIRECTOR DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE FORTALECIMIENTO DEL CONOCIMIENTO(E)
CP

CEI
Avenida ET-77 - Avilanes
ay. 9 de octubre 2017 - Cuenca
Tel. + (032) 2509501-2509502

INACAP
Paseo 207 y 204 Solares, Avilanes
Tel. + (032) 4-2509501-2509502

SE-19
Calle Mayor (Calle Nueva) - Carrera Coruña, San Francisco
San Francisco - Cuenca
Tel. + (032) 2-2509501

Anexo 9. Artículo aceptado para publicación de la Revista ROL de Enfermería (versión Post-Print)

TÍTULO CATELLANO: *"El espanto" y "el aire": Síndromes Culturalmente Delimitados. Aproximación etnográfica al conocimiento local sobre los padecimientos de las madres indígenas Kichwas del Ecuador.*

TÍTULO EN INGLÉS: *"El espanto" and "el aire": Culturally-bound syndromes. Ethnographic approach to local knowledge about the illness of the Quechua indigenous mothers in Ecuador.*

AUTORIA:

Ana Lucía Quiroz Hidrovo¹ Enfermera. Estudiante de Doctorado en el Programa de Doctorado Enfermería y Salud. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona. Email: anilquiroz@hotmail.es (Corresponding Autor). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3070-9286>

Cristina Larrea-Killinger. Doctora en Antropología, Profesora Titular. Departamento de Antropología Social, Facultad de Geografía e Historia, Universidad de Barcelona. Email: larrea@ub.edu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2782-6748>

Eva Maria Guix-Comellas. Enfermera, Antropóloga, Doctora en Enfermería y Salud. Profesora Colaboradora Doctora. Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Campus Clínic, Universidad de Barcelona. Email: evaguix@ub.edu ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9866-7265>

Dolors Rodríguez-Martín. Enfermera, Antropóloga, Doctora en Antropología, Profesora Agregada Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Campus Bellvitge, Universidad de Barcelona. Email: dolorsrodriguezmart@ub.edu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5523-9954>

TÍTULO CATELLANO: “*El espanto*” y “*el aire*”: Síndromes Culturalmente Delimitados. Aproximación desde la etnografía a la visión de las madres indígenas Kichwas del Ecuador.

TÍTULO EN INGLÉS: “*El espanto*” and “*el aire*”: Culturally-bound syndromes. Ethnographic approach to the vision of indigenous Kichwa mothers in Ecuador.

RESUMEN:

Objetivo: Identificar los síndromes culturalmente delimitados que describen las mujeres Kichwas en Chugchilán (Ecuador) en el contexto de los cuidados materno-infantiles, así como sus causas, sintomatología y tratamientos. **Metodología:** Estudio etnográfico, llevado a cabo durante 8 meses (septiembre 2020 - abril 2021). Participaron 14 mujeres indígenas. Las técnicas aplicadas fueron: observación participante y entrevistas en profundidad. Los escenarios observados fueron tanto comunitarios como en el hogar, acompañando a las madres en sus actividades de la vida diaria. **Resultados:** En las narrativas de las madres se muestra cómo identifican los síndromes culturalmente delimitados desde su sistema de representaciones. Estos padecimientos responden al sistema de conocimientos locales —de la propia comunidad— y no tienen traducción por la biomedicina. De los síndromes culturalmente delimitados presentes en esta comunidad, se destacan dos “*el espanto*” y “*el aire*”. A partir de los saberes maternos se describe cómo los delimitan y clasifican: pronóstico o gravedad y el itinerario terapéutico o proceso de atención que inician. **Conclusiones:** En “*el espanto*” y “*el aire*”, las representaciones sociales de las comunidades indígenas andinas influyen en la decisión del tratamiento, reconociendo que en la biomedicina no encontrarán respuesta para este tipo de afecciones, pero en cambio sí en la Medicina Tradicional indígena. El conocimiento de los síndromes culturalmente delimitados, pone en valor la aplicación de cuidados interculturales a las personas indígenas, ya sea en sus propias comunidades de origen, como en los contextos migratorios donde éstas se asienten.

Palabras clave: Etnografía; síndromes culturalmente delimitados; interculturalidad; atención sanitaria; poblaciones indígenas.

ABSTRAT:

Objective: Identify the culturally-bound syndromes described by Quechua women in Chugchilán (Ecuador) in the context of maternal and child care, as well as their causes, symptoms, and treatments. **Methodology:** The present ethnographic study was carried out for 8 months (September 2020 - April 2021). 14 indigenous women were included. The techniques applied were: participant observation and in-depth interviews. The observed scenarios were both the community and at home, accompanying mothers in their daily living activities. **Results:** The mothers' narratives show how they identify culturally-bound syndromes, from their system of representations. These illnesses respond to the local knowledge system —of the community itself— and are not recognized by biomedicine. Of the culturally-bound syndromes shown in this community, two stood out: “*el espanto*” and “*el aire*”. Based on maternal knowledge, it is described how they are delimited and classified, their prognosis or severity and the therapeutic itinerary or care process that they initiate. **Conclusions:** In “*el espanto*” and “*el aire*”, social representatives of the Andean indigenous communities' influence in the treatment decision, understanding that in biomedicine they will not find an answer for those types of conditions, but they using Traditional indigenous medicine they will. Knowledge of culturally-bound syndromes adds value to the application of intercultural care to indigenous people, either in their own original communities, or in the migratory contexts where they settle.

Key words: Ethnography; culturally-bound syndromes; interculturality; health care; indigenous populations.

TÍTULO: “El espanto” y “el aire”: Síndromes Culturalmente Delimitados. Aproximación desde la etnografía a la visión de las madres indígenas Kichwas del Ecuador.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea «La salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Sin embargo, esta definición da por sentado un consenso universal en cuanto a los términos de “salud” y “bienestar”, mostrando una visión ahistórica y apolítica de los mismos.(1) La salud se presenta sin tener en cuenta la relatividad del concepto que puede ser definido y construido, tanto en el tiempo como en función del grupo cultural que la defina.(2)

Por otro lado, la salud también puede ser concebida como una relación entre los seres humanos, o una relación entre los seres humanos y la naturaleza, así como entre los seres humanos y el mundo sobrenatural(3). Este último caso sería el que se da en las comunidades indígenas andinas, donde la salud y el bienestar se relacionan con su capacidad de vivir en armonía con el todo —englobando a la comunidad, a la naturaleza y al equilibrio con toda forma de existencia—.(4,5,6) Por ello, las alteraciones en el estado de salud y bienestar se darían por desequilibrios entre estas relaciones, expresando la persona, distintos padecimientos, malestares o enfermedades.(7)

Cuando se da la enfermedad o bien trastornos de salud —desde la cosmovisión indígena— aparecen los padecimientos, que serían la configuración cultural que adquiere la enfermedad en términos de conductas, experiencias, problemas y demandas.(8) Éstos serían las vivencias de las personas y de su entorno ante la experiencia de la enfermedad, siendo constructos sociales concretos dentro de contextos de relaciones sociales y de significado.(8)

Dentro de los malestares encontramos los Síndromes Culturalmente Delimitados (SCD) que son “padecimientos asociados a patrones de significados culturalmente únicos”.(8) Los SCD serían padecimientos culturales que no están clasificados por la biomedicina, que no pasan por su construcción diagnóstica(9,10). Son malestares que responden a un sistema de conocimientos locales, sin traducción por la biomedicina.(9) Pero además, los SCD tienen sintomatología identificada y descrita por un determinado grupo cultural, atribuyéndoles causalidad, significación y tratamiento específico.(11,12)

En Ecuador, la constitución de 2008 establece al país como Estado plurinacional integrado por 14 nacionalidades indígenas. La Carta Magna, integra el *Sumak Kawsay* [en quichua] o *Buen Vivir*, concepto inspirado en los planteamientos ancestrales indígenas que parten de una cosmovisión holística de las formas de vida andino-amazónicas y desde donde se muestra un modelo de vida en equilibrio y armónico, tanto en las relaciones comunitarias como con el entorno natural —“Pacha Mama” o “Madre Naturaleza”—.(13,14) La salud es uno de los principios del *Sumak Kawsay*, concebida como “el equilibrio en la relación entre los seres humanos y de éstos con la naturaleza”.(15) Por tanto, la ausencia de este equilibrio implicará enfermedad y por consiguiente la no consecución del *Sumak Kawsay*.(15)

Desde enfermería, la preocupación por los aspectos subjetivos —perspectiva *emic*— de la enfermedad/padecimiento —cómo las personas viven, interpretan y les otorgan significados a la enfermedad— y la importancia de la cultura de las personas al planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería, no son hechos recientes. Leininger ya se interesó por los aspectos culturales y cómo los cuidados debían ser adaptados a la diversidad existente, focalizando en la percepción de los cuidados a partir de las diferencias culturales.(16) Ella desarrolló el ámbito de la enfermería transcultural, con la “Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados” aplicada a través del “Modelo del sol Naciente”.(16)

Leininger parte de la base de los *cuidados culturales*, donde “cada cultura tiene conocimientos y prácticas de cuidados genéricos —populares o profanos, tradicionales o indígenas— y usualmente conocimientos y prácticas de los cuidados profesionales”.(17) Los valores creencias y prácticas —en estos cuidados— tienden a estar arraigados e influenciados por su cosmovisión, lengua, religión, parentesco, entre otros.(18) El cuidado genérico es a menudo practicado a través de de remedios populares y tratamientos que se han transmitido de generación en generación.(19)

En sociedades cada vez más diversas, el conocer la existencia de los SCD resulta indispensable para que enfermería desarrolle competencias culturales y que los cuidados que aplique a estas poblaciones de origen indígena, tanto en su propio contexto —en Ecuador— como en otros contextos donde hayan podido emigrar —por ejemplo, a España—, resulten de calidad y culturalmente competentes.

OBJETIVO

Identificar los SCD que describen las mujeres Kichwas en el contexto de los cuidados materno-infantiles, así como sus causas, sintomatología y tratamientos.

MÉTODOS

Diseño

Se llevó a cabo un estudio etnográfico sobre la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud materno-infantil en comunidades indígenas.

Ámbito y sujetos

El trabajo de campo se realizó en Ecuador durante 8 meses (septiembre 2020 - abril 2021), en Chugchilán, perteneciente a la provincia de Cotopaxi, y se incluyeron a todas las mujeres indígenas de la comunidad que cumplieren los criterios de selección establecidos.

Muestra y tipo de muestreo

El muestreo fue de tipo opinático por conveniencia y bola de nieve, siguiendo criterios que facilitasen la accesibilidad de las mujeres participantes. Los criterios de inclusión fueron: 1) Mujeres autoidentificadas como indígenas que vivían y pertenecían a la comunidad; 2) En edad reproductiva (15-44 años); 3) Tener hijos/as (entre 0-5 años). Como criterios de exclusión: 1) Mujeres con discapacidad física y/o cognitiva; 2) Mujeres con factor de riesgo a COVID-19.

Recogida y análisis de datos

Las técnicas utilizadas para la recogida de datos fueron la observación participante registrada en un diario de campo, y las entrevistas en profundidad que fueron audioregistradas y transcritas (Tabla 1). Para el análisis de los datos se utilizó el análisis temático.

Contexto comunitario

La Parroquia de Chugchilán cuenta con una población de 8.285(20) personas dispersas en 31 comunidades en un territorio de 32.250 hectáreas y altitud promedio de 3.160 m. Las comunidades indígenas habitan en zonas de alta montaña de los Andes, estando dispersas en una amplia y abrupta zona geográfica. Las comunidades más alejadas se componen de pueblo “kichwa” Panzaleo y su composición mayoritaria es de familias extensas. La organización social y política es la “comuna”, que se organiza para cubrir y regular las necesidades comunes y su máxima autoridad es la asamblea comunitaria. Esta población recibe atención de un centro de salud compuesto por personal sanitario de

origen indígena y personal de sanitario no indígena. En Chugchilán, también hay representantes de la medicina tradicional indígena (MT) como son: Parteras, mujeres que se encargan del control del embarazo, diagnóstico problemas en el embarazo, ayudan y acompañan en la labor de parto, acomodar al recién nacido y proporcionar los primeros cuidados; Sobadores, que atienden todo lo relacionado con golpes, torceduras y fracturas; Yachaks, con múltiples funciones y conocimientos, conocen la MT, diagnostican y atienden distintas afecciones ya sean del cuerpo o espirituales; Kuypichak, realizan diagnóstico de enfermedades “sobando” sobre el cuerpo un “cuy” —cobaya—, que posteriormente diseccionan. Las comunidades indígenas, en función del padecimiento, hacen uso tanto de la biomedicina como de la MT.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 14 mujeres indígenas con edades comprendidas entre los 16 y 42 años. Todas eran bilingües —español/quichua—, a excepción de una que solo hablaba quichua. Algunas profesaban creencias católicas y otras evangélicas. Todas eran madres, de uno hasta 10 hijos/as, siendo también ellas las principales responsables del cuidado familiar. (Tabla 2)

Se exponen sus narrativas con respecto a la identificación de los padecimientos culturales desde su sistema de representaciones. De los SCD presentes en esta comunidad, se destacan dos, los que mayoritariamente describían, “*el espanto*” y “*el aire*”, así como la variedad de saberes y prácticas terapéuticas que ponen en práctica las madres. Durante el trabajo de campo las mujeres mostraron resistencias a responder ante preguntas directas sobre estos padecimientos. Así, las narrativas surgieron a partir de conversaciones sobre temas diversos, mientras acompañábamos a las mujeres en las actividades de sus vidas diarias.

Por otro lado, también las mujeres tenían claro que, en estos padecimientos, el personal sanitario no intervenía, manifestando algunas que ‘*ellos no creen no más*’. Por lo que a diferencia de lo que ocurre con las enfermedades sí diagnosticadas por la biomedicina, en los SCD el acudir al centro de salud no sería una opción dentro de la trayectoria de atención.

“*El aire*”

Las mujeres dividen “*el aire*” en dos padecimientos: “*el aire*” y “*el mal aire*”.

“El aire” —causado por elementos ambientales o climáticos— consiste en una corriente o soplo de aire frío o por objetos que se consideran fríos —al contacto de la persona con ellos, enfrían el cuerpo— y que pueden penetrar en el cuerpo produciendo cambios o alteraciones en la persona. Refieren afectar principalmente a mujeres embarazadas o púerperas y suele manifestarse con dolor en la cintura, contracción abdominal, parto doloroso, pérdida de la leche, cefálea y dolor óseo.

Quién determina de forma precisa el síndrome y aplica el tratamiento es la partera o también la mujer más anciana de la familia o comunidad con conocimientos y experiencia —en ocasiones coincide que éstas en el pasado fueron parteras—.

Si es durante el embarazo, describen que “el aire” se puede complicar provocando un parto prematuro *‘la barriga se pone dura, cómo que va a dar a luz antes del tiempo’*. Si es el puerperio, las mujeres comentan que se puede dar un *“sobreparto”*, manifestado por dolores de cabeza, de espalda y decaimiento. Para evitar estas complicaciones, debían mantener una serie de prevenciones y cuidados, como mantenerse abrigadas o evitar tocar determinados objetos.

“(…) hasta un mes [después del parto] no le deja que toque nada, solo que esté en la cama (...) no podemos coger no más cuchillos, ni cucharas así, no saben dejar que toque. Porque eso es fierro [hierro] y muy frío y por eso no les dejan que toque (...). Entonces cuando tocamos eso (...) saben, saben hacer fregar manos, pias para que no coja dolor.”(Asiri_B_30)

Para aplicar el tratamiento —administrado exclusivamente por parteras—, es fundamental la relación frío-calor: cuando el padecimiento es por frío aplican calor y si es por calor, aplican frío. El tratamiento se basa en proveer de calor al cuerpo y preventivamente evitar las fuentes de frío, aliviando así el malestar o alteraciones corporales. El calor se provee a través de “fregar”/“sobar” —dar masajes— con ungüentos caseros como: manteca de cerdo, de cuy —cobaya— o de cacao. O también, ingiriendo bebidas calientes como: chocolate o infusiones dulces y calientes de plantas. Una vez administrado el calor, se cubre la zona afectada o todo el cuerpo —según se indique—. Durante el tratamiento y ya finalizado se deben tomar medidas preventivas como evitar el frío —ya sea por el aire o por el contacto con objetos fríos, especialmente de hierro—.

“El mal aire”, las madres lo describen como una especie de energía “pesada” —*‘se siente pesado, así frío en el cuerpo’*—, maligna o fuerza superior oscura, que altera el equilibrio

corporal. A esta energía maligna te expones al pasear por lugares oscuros y/o desolados, al asistir a entierros o incluso al pasear por campos solitarios.

La persona que presenta “*el mal aire*” muestra cefalea, dolor de barriga, náuseas, decaimiento, adelgazamiento y palidez, pero también podría presentar temblores. Este SCD, afecta más a niños/as por ser vulnerables o por no estar bautizados, pero también a adultos, que *‘temen un alma buena’*.

“Cuando lleva a lugares que no hemos conocido así (...) así, cuando sacamos de madrugada o muy de noche, así o cualquier lugar que cuando llevamos ahí está frío o ha pasado algo, ahí se pega ‘mal aire’ les duele la barriga y toca pasar nomas.”(Laura_B_21)

A veces su sintomatología puede confundirse con padecimientos descritos por la biomedicina, así que el Yachak —y no la madre— basará el diagnóstico en la causa y aplicará el tratamiento inmediatamente. En el tratamiento —ritual que denominan “limpia”— el Yachak indicará que solo esté la persona afectada y en el caso de niños/as un acompañante que él designe —el motivo es que “el mal aire” puede afectar a otras personas si están presentes—.

El objetivo del ritual es eliminar la “mala energía” de la persona. En la “limpia”, los rezos —oraciones católicas— son un elemento fundamental, así como, las “presignaciones” —como “la señal de la cruz”— y el uso de plantas —previamente bendecidas y preparadas—. Algunas veces el Yachak puede “fumar” al paciente —exhalar el humo en la cara de la persona— mientras dice palabras como: *‘al mal aire que se vaya’*.

“ [¿cómo es el tratamiento para el mal aire?] sí, poco a poco se pegan, pero ya limpiando con esas plantas que sabemos limpiar, con eso ya pasa nomás. Planta como por ejemplo de chilco y así pasar [demuestra el proceso] sabe pasar no más nomás cuando limpia el cuerpo.”(Laura_B_21)

La “limpia” finaliza enterrando todo lo utilizado en la misma. Todo se deposita bajo tierra, ya que la tierra tendría el poder de absorber “el mal” y no dejar que salga.

“De eso sabemos también curar para ahí le dan, le malecíamos [bendecimos] nomás porque sabe coger diarrea de diferente diarrea [diferenciando la diarrea del “mal aire” de una diarrea orgánica], entonces eso curamos. Sabemos poner manillas rojas en manos con mullos rojos [pulseras que atan], así hilos rojos tejemos y amarramos en manos (...) fregamos con cilantro y manteca de gallina con eso sabemos fregar espaldas hasta rabadilla, eso sabemos amarrar también

con unas hojas y eso sabemos enterrar dentro de tierra hay saben pasar."(Asiri_B_30)

El "espanto" o "susto"

El "espanto" o "susto" afecta principalmente a niños/as, pudiendo presentar un cuadro de irritabilidad, llanto sin explicación, llanto ante sonidos fuertes o eventos inesperados, mal dormir o no poder dormir. Suele ocasionarse después de un evento repentino o inesperado: una mala noticia; un accidente; una caída; un fuerte ruido-estruendo que interrumpe el estado de tranquilidad del niño/a, etc.

Para determinar que la sintomatología es por "espanto", las madres indagan sobre las causas, por ejemplo si el niño se cayó y luego estuvo irritable se confirma el SCD. Prevenir "el espanto" no es fácil para las madres, ya que como se presenta a raíz de eventos imprevistos, es difícil prever cuando sucederá. De forma preventiva suelen estar pendiente de los más pequeños o que estén siempre con algún adulto, para evitar estos eventos.

"El espanto" no suele presentar complicaciones y su tratamiento se basa en remedios caseros y tratamientos de la MT. En primera instancia, las padres/madres u otro miembro de la familia —como un/a abuelo/a— aplicará el tratamiento. Éste se basa técnicas tradicionales como poner en práctica lo mismo que causó el "espanto" —por ejemplo volver a asustar al niño/a—, junto en algunos casos, con el uso de plantas medicinales.

"Cuando íbamos con el Pedro en la moto, de pronto así íbamos no más y caímos en la piedra, así finita, no en el monte, menos mal si alcance a coger [a su hija], pero luego no quería separar la María y estaba así molesta, llora y llora, (...) ahí fuimos hacer (...) donde mi papá y de ahí dijo (...) la guagua [niño/a] ha sido "espanto", ahí mismo ha curado "espanto" donde mi papá, él sabe hacer así con unas hierbas, hace asustar otra vez."(Anahí_B_25)

Si "el espanto" no se resuelve, las madres acudirán a un curador/a tradicional, que aplicará un tratamiento más especializado. El Yachak realizará una "limpia" mediante un atado de plantas pasándolo por el cuerpo del niño/a mientras reza —oraciones católicas, en ocasiones en quechua—, y realiza la señal de la cruz en la frente y volviéndolo a espantar. Este proceso dura aproximadamente 10–15 minutos y se repite cuanto sea necesario, hasta que el niño/a esté bien.

"Con una plantita chiquitita las llamada mancharía para el espanto (...). Se pone en el pecho haciendo cruz y en la cabeza así en la cruz."(Amalia_Q_42)

Un requisito indispensable en el ritual es que el paciente y acompañantes, tengan fe en el mismo, sino el tratamiento no será efectivo.

DISCUSIÓN

“El espanto” y “el aire”, descritos por las mujeres indígenas, responden a la cosmovisión holística andina de salud/enfermedad en la que es fundamental el equilibrio y armonía del cuerpo, espíritu, naturaleza, vida en comunidad, así como la relación entre todos estos elementos.(4,5,6) La alteración de este equilibrio dará lugar a variaciones en el estado de bienestar —tanto individual como colectivo—. (4,5,6)

Los SCD ampliamente estudiados en Latinoamérica(21-23) como padecimientos sin traducción para la biomedicina(9) pueden ser causados por elementos tanto naturales como sobrenaturales(5,6). Por ello, su terapéutica también contemplará rituales mágico-religiosos que aplicarán tanto las propias mujeres o miembros de la familia conocedores de la MT(10) —en procesos de autoatención—, como curadores tradicionales (4,10,24,25), pero en ningún caso profesionales sanitarios(9). A estos rituales las mujeres los denominan “limpias”, que son procedimientos físico-simbólicos de reequilibrio —tanto emocional, mental, espiritual, físico y energético— utilizados en la MT andina con el objetivo de “rearmonizar a la persona con su entorno, eliminando y expulsando de ella los elementos (físicos, sociales y espirituales) causantes de su mal o influyentes en el mismo”.(25) Las madres en función de sus saberes y experiencia determinan si el padecimiento corresponde a la biomedicina o bien es “propio” —SCD— y a partir de ahí iniciarán un determinado itinerario terapéutico.(8,26)

Ante la identificación del “el aire” o “el espanto” las madres o familia, en un primer momento, inician un proceso de autoatención(27) —a partir del saber y práctica de la MT—, aplicando los tratamientos. Por otro lado, dependiendo del SCD o de la no resolución del mismo, las mujeres también acudirán a curadores/as tradicionales —como parteras y Yackas—. Los tratamientos son rituales mágico-religioso(25,28) y su eficacia dependerá tanto de la experiencia de quien lo aplica —curador/a tradicional o familiar—, como de la fe en el mismo. En estos rituales se utilizan plantas, animales, rezos, oraciones y símbolos católicos, mientras se realizan toda una serie de técnicas manuales —como son friegas con ungüentos, etc.—. La eficacia de estos rituales se corroborará con la restauración del equilibrio en la persona, desapareciendo así el padecimiento.(25)

Destacar que a pesar de la existencia de los SCD en estas comunidades(22,23,26) durante el trabajo de campo fue difícil que las mujeres mencionaran directa y abiertamente los

padecimientos de “el espanto”, “el aire” u otros, incluso en algunos casos negando su existencia. Este hecho puede responder, tal y como muestran algunos estudios, a la irrupción del evangelismo en la comunidad, que consideran estos padecimientos — propios de las comunidades indígenas— como creencias paganas o supersticiones.(29) Otro aspecto interesante era el temor a mencionar los SCD ante el personal del centro de salud(30), alegando que *‘saben hablar, ellos como no creen’*. Dentro de las categorías diagnósticas maternas no siempre se admiten estos síndromes y las mujeres evitan hablar de ellos ya que sienten que estas prácticas son rechazadas y mal vista por el médico alopático.(30)

CONCLUSIONES

En los SCD como son “el espanto” y “el aire”, las representaciones sociales de las comunidades indígenas andinas influyen en la decisión del tratamiento, reconociendo que en la biomedicina no encontrarán respuesta para este tipo de afecciones y sabiendo sin duda alguna que sí encontrarán respuesta en la Medicina Tradicional (MT) indígena.

Es fundamental dar a conocer la existencia de los SCD para poner en valor la necesidad real de aplicar cuidados interculturales a las personas indígenas, ya sea en sus propias comunidades como en los contextos migratorios donde se asienten. Desde el “Modelo del Sol Naciente” de Leininger se destaca la necesidad de adaptación de los cuidados a la diversidad cultural existente.(16) Para ello es necesario que los profesionales sanitarios de forma general y enfermería en particular desarrollen competencias culturales para ofrecer cuidados de salud competentes.

Consideraciones éticas

Aprobación por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099) y por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito (IE3-EXP164-2019-CEISH-USFQ). También se obtuvo la autorización de la comunidad indígena en asamblea general. Se cumplieron las medidas de seguridad y protección durante el trabajo de campo, por la pandemia de COVID-19.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Navarro V. Concepto actual de la salud pública. En Martínez F, Castellanos PL, Navarro V. Salud Pública. Ciudad de México: Mc Graw-Hill; 1998. P. 49-54.
- 2- Alcántara Moreno G. La definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinidad. *Sapiens, Revista Universitaria de Investigación*. 2008;9(1):93-107.
- 3- Helman CG. *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold; 2007.
- 4- Gutiérrez-Carmona A, Urzúa A, Lay-Lisboa S. Prácticas tradicionales y factores contextuales que influyen en el bienestar de personas lickan-antay (Atacama, Chile). *Index de Enferm*. 2020;29(4):200-204.
- 5- González GD, Corral FJ. Informe de la consultoría preparada por CHS para UNFPA/Ecuador: "Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador". Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2010.
- 6- Yumisaca Jiménez ER. (2019) Ciencias ancestrales de medicina indígena de la provincia de Chimborazo, Ecuador. *Revista digital RUNA YACHACHITV [revista online]* 2019. [acceso 15 febrero de 2023]; disponible en: <http://www.alberdi.de/MED-INDIG-CHIMBO-YUMISRY2019.pdf>
- 7- Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Annu Rev Anthropol*. 1982;11(1):257-285.
- 8- Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980.
- 9- Peretti L. Las "enfermedades culturales", la etnosiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala. *Scr. Ethnol*. 2010;32:17-28.

- 10- Roldán-Chicano MT, Fernández-Rufete J, Hueso-Montoro C, García-López MM, Rodríguez-Tello J. Síndromes culturalmente definidos en los procesos migratorios: el caso de los inmigrantes bolivianos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2915.
- 11- Helman CG. *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold; 2007.
- 12- Zolla C. *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS); 1988.
- 13- Acosta A. El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. *Polít. Soc.* 2015;52(2):299-330.
- 14- Arteaga-Cruz EL. Buen Vivir (Sumak Kawsay): definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador. *Saúde Debate*. 2017;41(114):907-919.
- 15- República del Ecuador. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural*. Quito: Edita Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES; 2009.
- 16- McFarland MR, Madeleine M, Leininger. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Alligood MR, Tomey AM. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier España; 2018. P. 454-479.
- 17- Leininger MM, McFarland MR. *Transcultural nursing Concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill; 2002.
- 18- Leininger MM, McFarland MR. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Sudbury: Jones and Bartlett; 2006.
- 19- Leininger M. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):189-192.

- 20- Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural Chugchilan. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2020-2023. Edita Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural Chugchilan; 2020.
- 21- Pasto-Capuz, V, Francisco-Pérez J, Blanco MR. ¿Quién cura y cómo cura? Tratamiento de la enfermedad en una comunidad rural de Ecuador. *Cult. de los Cuid.* 2019;23 (54):244-254.
- 22- Herrera López, JL, Avila Larreal AG, López Chamorro PM, Guerrero Vargas LJ, Eugenio Proaño FE. Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. *Enfermería Investiga.* 2018;3(4):180-185.
- 23- Herrera-López J, Ávila Larreal AG, Pachucho-Flores A. Percepción intercultural sobre el uso de medicina tradicional y/o convencional de las comunidades Quisapincha, Pasa y Salasca. *Enfermería Investiga.* 2021;6(2):43-50.
- 24- Currie E, Schofield J, Ortega Perez F, Quiroga D. Health beliefs, healing practices and medico-ritual frameworks in the Ecuadorian Andes: the continuity of an ancient tradition. *World Archaeol.* 2018; 50(3), 461-479.
- 25- Aparicio Mena AJ. La limpia en las etnomedicinas mesoamericanas. *Gaz. de Antropol.* 2009; 25(1), artículo 21.
- 26- Osorio RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: Instituto Nacional Indigenista; 2001.
- 27- Menéndez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos.* 2018;58:104-113.
- 28- Lorente-Fernández D. Medicina indígena y males infantiles entre los nahuas de Texcoco: pérdida de la guía, caída de mollera, tiricia y mal de ojo. *An Antropol.* 2015;49(2):101-148.
- 29- Beltrán Cely WM. Impacto social de la expansión de los nuevos movimientos religiosos entre los indígenas colombianos. *Rev. Colomb. de Soc.* 2011;34(2):35-54.

30- Rico Becerra JI. La atención primaria de salud ante el reto en la asistencia de la extrajería: los ecuatorianos en un municipio murciano. En: Comelles JM, Allué X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L (comps.). *Migraciones y Salud*. Tarragona: Publicacions URV; 2010. P. 390-404.

Tabla 1. Técnicas de investigación aplicadas

Entrevistas	Escenarios de observación
Entrevistas en profundidad	El campo recolectando productos como: chochos, coles, lechugas, etc. La casa de las participantes, durante actividades domésticas como: cocinar, lavar ropa, cuidar de los niños, etc. La casa comunal* Mi casa en la comunidad. El centro comunitario o restaurante La iglesia durante actividades religiosas La minga** para construcción de la iglesia evangélica. La minga para reformas en la casa de un miembro de la comunidad. La minga de limpieza del centro comunitario. La minga de limpieza de la escuela. Las caminatas por los poblados.

* Espacio para las reuniones de los miembros de la comunidad.

** Palabra quechua que significa, reunión de amigos y vecinos para hacer algún trabajo gratuito en común.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Características de la muestra de mujeres indígenas

Pseudónimo	Código*	Edad	N. ^o Hijos/as	Hijos/as >1 años	Hijos/as > 5 años	Hijos/as 5-10 años	Hijos/as < 10 años	Lengua	Embarazo	Creencia
Blanca	Blanca_B_29	29	3		1	2		B ¹		Católica
Rocio	Rocio_B_23	23	2		2			B ¹		Evangélica
Laura	Laura_B_21	21	1		1			B ¹		Católica
Amelia	Amalia_Q_42	42	5		1		4	Q ²		Católica
Maywa	Maywa_B_38	38	3		2	1		B ¹		Evangélica
Maura	Maura_B_28	28	4		2	2		B ¹		Evangélica
Nelli	Nelli_B_42	42	10**		2	3	4	B ¹	X	Católica
Nuna	Nuna_B_24	24	3		1	2		B ¹		Evangélica
Litza	Litza_B_22	22	2		1	1		B ¹		Católica
Mayen	Mayen_B_27	27	3		1	2		B ¹		Católica
Dayami	Dayami_B_40	40	6		1	1	4	B ¹		Evangélica
Anahí	Anahí_B_25	25	3	1	1	1		B ¹		Católica
Asiri	Asiri_B_30	30	4	1	1	2		B ¹		Católica
Sisa	Sisa_B_16	16	1	1				B ¹		Católica

¹ Bilingüe Español/Quechua ² Quechua

* En la codificación de la muestra de mujeres consta el pseudónimo; lengua (B-bilingüe o Q-solo quechua); edad (expresada en años).

** En este caso, la mujer estaba embarazada y dio a luz durante el periodo de trabajo de campo, por eso se contabilizan 10 hijos/as y el embarazo que fue a término.

Fuente: Elaboración propia

**Sra. Ana Lucía Quiroz Hidrovo; Sra. Cristina Larrea Killinger
Sra. Eva María Guix Comellas; Sra. Dolors Rodríguez Martín**

Barcelona, 17 de marzo de 2023

Apreciadas autoras:

Nos es grato informarles que el artículo registrado con el número 4664: "El espanto" y "el aire": Síndromes Culturalmente Delimitados. Aproximación desde la etnografía a la visión de las madres indígenas Kichwas del Ecuador." ha sido considerado publicable por nuestro Comité Editorial.

En cuanto dicho artículo sea publicado, les enviaremos cuatro ejemplares de la revista.

Un artículo considerado publicable en Revista ROL de Enfermería, no puede ser enviado ni publicado en ningún otro medio, ya que Ediciones ROL S.L. pasa a ser titular del Copyright exclusivo del mismo, a todos los efectos de la comunidad científica. Revista ROL de Enfermería está indexada en los siguientes índices nacionales e internacionales: ESCI JOURNAL CITATION REPORTS, CINAHL, CUIDEN, LATINDEX, IBECS, DIALNET, WORLDCAT, MEDES, ENFISPO e IME. Publicar en Revista ROL de Enfermería implica estar reseñado en los índices bibliográficos mencionados.

Los trabajos publicables tienen un coste único de 350 euros. Sin embargo, en su caso el artículo está exento de este pago, en calidad de colaboradora y revisora experta de la Revista de la señora Eva María Guix.

Agradecemos su confianza y el esfuerzo personal que cada una de ustedes ha aportado a este proyecto y esperamos seguir contando con su colaboración.

Aprovechamos la ocasión para saludarles muy cordialmente y quedar a su disposición para cualquier aclaración complementaria que pudiesen precisar.

Rogamos que, una vez firmada por todas las autoras, nos remitan copia de esta carta y comprobante de pago a: redaccion@e-rol.es

Leído y conformes,

Anexo 10. Narrativa publicada



La aventura del trabajo de campo en tiempos de COVID-19

"No parar sino repensar, reenfocar"

Ana Quirós Hidrovo

Enfermera. Doctoranda Universitat de Barcelona, España.

Esta foránea, estudiante de doctorado, empieza su historia recordando que, varias semanas desde que el mundo conociera la existencia del COVID-19, en Italia se había iniciado el confinamiento raíz de un alarmante número de muertos. Mientras tanto, España tenía un importante aumento de casos y sus hospitales ya casi estaban saturados. Pese a esto, aún creía que estaba muy lejos de ser confinada, pues de alguna manera siempre pensó que Europa era inmune a muchos de los problemas que aquejaban a otros países de Asia y Sudamérica y que ésta estaba muy lejos de ser golpeada por el virus como lo fue.

Así de repente, estando próxima a iniciar el estudio de corte etnográfico en una población indígena de los Andes Ecuatorianos y, mientras esperaba el mail que confirmara la aprobación del estudio por parte del comité de ética de Ecuador, fui informada de que desde el siguiente día ya no debía ir a la universidad y que las actividades se podían continuar desde casa. Ya de camino a casa percibi en el aire de Barcelona cierta angustia y, de alguna manera, miedo a lo desconocido, sentimientos que también pronto me inundarían. Aquel día, esta ecuatoriana fue confinada en un piso de Barcelona lejos de su país y de su familia, y a la angustia propia de las circunstancias debía sumar la incertidumbre, ya que estaba próxima a realizar su viaje a Ecuador para iniciar el trabajo de campo y, de pronto, este viaje ya no era posible, como si el gran maestro hubiera decidido poner en pausa al mundo.

Días después, y aún sin acostumbrarme a esta realidad, iniciaría otra historia. Ecuador era el segundo país de Sudamérica en presentar casos de COVID-19 y, al mismo tiempo, esperaba la demorada resolución final del comité de ética. Esto ahondó más la preocupación, me sobrevenían preguntas sobre cuál sería el futuro de la investigación etnográfica, me preguntaba cómo haces trabajo etnográfico en estas circunstancias, no debo ser la única en el mundo viviendo esto, podré realizar el trabajo de campo, en cuánto tiempo podré viajar, cómo sería ese viaje. Y, por un momento, pensé en que pronto todo estaría bien y que, pese a las condiciones, podría viajar y hacer mi entrada a la comunidad, pero... ¿será que la comunidad vería con buenos ojos a esta investigadora ahora también foránea en su propio país? ¿acaso yo misma representaba un riesgo para la comunidad? ¿y si en lugar de lograr mi objetivo de contribuir a mejorar sus condiciones de salud me

convertía en su problema? Sentía inquietud ante un futuro incierto. De pronto, un día llegó la resolución del comité que, lejos de ser la que deseaba, era una respuesta apegada a la realidad que el COVID-19 había decidido escribir en nuestras vidas. Por tanto, al más puro estilo de preparación para la guerra, me puse a trabajar en un protocolo para garantizar la seguridad y salud de los investigadores, pero sobre todo de la población de las comunidades donde trabajaría. Por otro lado, debía ver la forma de obtener, desde este lado del Atlántico, la autorización de la comunidad para la realización del estudio bajo estas condiciones. Por tanto, ahora sí que como investigadora el COVID-19 ya era parte de mi muy cercana realidad.

Entonces, por dónde empiezo, cómo lo hago, alguien puede estar en la misma situación que yo, pues aun cuando busqué opciones de orientación estas fueron escasas o más bien nulas, «claro es que nadie o muy pocos querrán hacer trabajo de campo en tiempos de COVID-19», quizás era de las pocas “arriesgadas”, y entonces empecé a visitar páginas de instituciones y personas que trabajan con poblaciones indígenas y así ver como llevaban el tema en ese momento, pero no fue tarea fácil “no hay nada escrito”, fue entonces que empecé por descubrir, leer y analizar para armar un rompecabezas de algo que no se había hecho, al final el protocolo del investigador para el trabajo de campo, estaba realizado.

Y ahora, la pregunta era cómo logras convencer desde al otro lado del mundo a los líderes y la comunidad, que la investigación vale la pena ser realizada, en estos momentos, cuando el virus está rondando sus puertas. La comunicación no fue fácil, estas comunidades además de su lejanía física tienen un aislamiento comunicacional, debes coordinar tus llamadas para estar en algún lugar específico, donde tengas señal de internet, además de la diferencia de horario, “vaya misión imposible”, así se planteaba la conclusión de estos primeros intentos de contacto con la comunidad por vía WhatsApp.

“Debo ir a Ecuador” no hay otra forma, un par de semanas después y apenas fue posible me encontraba en un avión de regreso a Ecuador, aquí iniciaba otra aventura como investigadora, luego de un angustiante y largo viaje me encontraba en este país, los protocolos aeroportuarios se habían convertido en un ejercicio a la paciencia, luego de varias horas de controles desde la temperatura hasta una larga entrevista, pude salir, para iniciar una cuarentena de catorce días por suerte en casa y con los míos.

Luego de estos días de alimento familiar y una vez se permitieron los viajes entre provincias, salí de casa para dirigirme al lugar donde iniciaría el trabajo, tomando todas las precauciones, pues la responsabilidad era mayor al saber que no había casos en la comunidad. Durante casi tres horas en auto, medité sobre cómo sería esta experiencia, en otros tiempos habría podido volver a casa para lo que llamo “recargar baterías” pero esta vez eso no sería posible, lo había puesto en el protocolo “el investigador permanecerá en la comunidad hasta finalizar el trabajo de campo” de alguna manera esta era la forma de proteger a la comunidad. Así mismo, me preguntaba sobre cómo podría mantener la cercanía, ya que para mí era importante generar vínculos de confianza, esto sería posible aun cuando la mascarilla se había convertido en una barrera social. A mi llegada, al centro de la comunidad donde habitan en su mayoría mestizos (mezcla de blanco e indígena) pude ver que había una extraña sensación de absoluta tranquilidad, se respiraban aires de paz y confianza, aires que desde febrero del 2020 no respiraba luego de estar confinada en dos grandes ciudades; Barcelona y Quito, ciudades además muy golpeadas por el virus.

En el fondo, me había imaginado otra realidad, me preguntaba si esto era bueno o malo, por otro lado, me asustaba que Ecuador viviera pronto un rebrote y entonces quedara atrapada en este lugar y si esto sucedía en cuánto tiempo volvería a salir o, aún peor y si por el exceso de confianza de los pobladores, se presentaba algún caso y me contagiaba. Estaba en un lugar donde había un centro de atención con poca infraestructura.

Una vez instalada, empecé a trabajar, no me considero una experta en el mundo virtual, pero debía usarlo como vía de interacción con los líderes de la comunidad, ya que aún las reuniones no eran permitidas, por tanto, debía buscar formas de contactar con ellos, por lo menos en estos primeros contactos. Esto sí que fue una aventura, hubo de por medio llamadas a mi hermana, ella mucho más joven y familiarizada con estos instrumentos. Mi primer encuentro con la comunidad fue entonces por medio de una cámara de celular que transmitía por Facebook live "a toda la comunidad", o al menos a los que tenían acceso a internet. Y entonces, aquel mi primer contacto directo con la comunidad y que me que ayudaría en mi entrada, para generar confianza, no fue como lo había planteado antes de todo esto.

Aún ahora es difícil la aproximación personal, me acerco siempre en compañía de una persona de confianza de la comunidad, para que en su idioma les explique que soy enfermera, al parecer esto genera un poco más de confianza, veo que el decir "soy investigadora" genera el efecto contrario, aún más si menciono que vengo de Barcelona, he optado por decir que vengo de Quito. Ahora veo que esta experiencia de campo no será como lo imagine, prefiero no ver a esta experiencia como una etnografía degradada. Quizás no es posible el encuentro cercano, del convivir y del entrar en los contextos cotidianos de las familias. Estoy aprendiendo a no parar sino a reenfocar, quizás ahora varias semanas después ya no soy para ellos "un extraño con el virus", cada día se suman las miradas familiares y amistosas, sin embargo, las miradas extrañas aún son cotidianas.

Aunque ya originalmente el trabajo de campo tiene sus propias dificultades y nos obliga a los investigadores a ver formas de replantear el trabajo, no puedo dejar de pensar en esta experiencia como una oportunidad. No sé cómo terminará esto, pero sentí la necesidad de narrar mi experiencia.

Cómo citar este documento

Quiroz Hidrovo, Ana. La aventura del trabajo de campo en tiempos de COVID_19. Narrativas- Covid. Conviviendo [web en Ciberindex] 15 /10/2020. Disponible en: http://www.fundacionindex.com.sire.ub.edu/fi/?page_id=1821

Anexo 11. Artículo en proceso de revisión en la revista “Saúde e Sociedade” (versión Pre-Print)

El artículo con el título “La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador”, en este momento está esperando la fase de revisión de la Revista Saúde e Sociedade (se aporta mail de recepción). Pero previamente fue enviado a dos revistas más “Cultura de Cuidados” y “Salud Colectiva” de las cuales se desestimó en primera instancia por el exceso de artículos que estaban recibiendo. De estas dos revistas se aportan mails que atestiguan estos procesos.

Envío a la Revista “Cultura de Cuidados”

Recepción del artículo por parte de la revista:

buen día Ana Lucía Quiroz Hidrovo:

Gracias por enviar el manuscrito, "La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador." a Cultura de los cuidados. Con nuestro sistema de gestión de revistas en línea, podrá iniciar sesión en el sitio web de la revista y hacer un seguimiento de su progreso a través del proceso editorial:

URL del manuscrito: <https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fculturacuidados.ua.es%2Fauthor%2Fsubmission%2F24283&data=05%7C01%7C%7Cb548a2923e2843472a2008daf2f99faf%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638089451176923673%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljojMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6Iik1haWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=XQAt4Jclc%2BbRmLbGLQnw0DhwmAKTJ06SS66Qyj5wmp4%3D&reserved=0>

Nombre de usuario/a: alquiroz1980

En caso de dudas, contacte conmigo. Gracias por elegir esta revista para publicar su trabajo.

José Siles González
Cultura de los cuidados

Mail de desestimación del artículo por parte de la revista

☆ **María Molla Guillén**

17/1/23



[cuid] Envío inadecuado

Para: buen día Ana Lucía Quiroz Hidrovo

Estimado autor,

Debido al elevado número de artículos recibidos hay una gran lista de espera. Actualmente hemos detenido la recepción de artículos para poder atender el problema . En febrero esperamos poder dar inicio a la recepción de manuscritos, por ello rogamos que vuelva a realizar el envío en dichas fechas.

Espero disculpe las molestias
Un saludo

María Molla Guillén
Universidad de Alicante
mmg281@gcloud.ua.es
Departamento enfermería

Cultura de los Cuidados

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?>

[uri=https%3A%2F%2Fculturacuidados.ua.es%2F&data=05%7C01%7C%7C80dde640fe0e4e8190d308daf885c8d9%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638095550720617426%7CUnknown%7CTWFpbGZs b3d8eyJWljojMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6Ikk1haWwiLCJXVC I6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=ej2MSVAI2xqKIWLs1ppJJDikI2v wlrY%2BU86ysC%2BMmJw%3D&reserved=0](https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fculturacuidados.ua.es%2F&data=05%7C01%7C%7C80dde640fe0e4e8190d308daf885c8d9%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638095550720617426%7CUnknown%7CTWFpbGZs b3d8eyJWljojMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6Ikk1haWwiLCJXVC I6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=ej2MSVAI2xqKIWLs1ppJJDikI2v wlrY%2BU86ysC%2BMmJw%3D&reserved=0)

Envío a la Revista “Salud Colectiva”

Confirmación de recepción del artículo y de desestimación del artículo por parte de la revista

SALUD COLECTIVA
Revista científica de acceso abierto
{AuthorName):

Confirmamos la recepción del artículo "La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador." presentado a la revista científica *Salud Colectiva*, en el que su nombre figura como coautor/a. Si considera que fue incluido por error, le agradeceríamos comunicarse a revistasaludcolectiva@gmail.com.

Es importante tener en cuenta que en la preevaluación se privilegia dar una respuesta rápida para que los trabajos no queden atascados en procesos que impidan su circulación. Si el artículo no es aceptado en esta etapa inicial, las y los autores serán notificados, y tal como es práctica habitual en otras revistas del área, no se emitirá un parecer, ni se detallarán las razones específicas del rechazo en la preevaluación.

La no aceptación del artículo en preevaluación no implica necesariamente que los artículos presenten inconsistencias o que el abordaje no sea de interés de la revista, sino que puede estar relacionada con muchas otras variables como, por ejemplo, que ya se hayan recibido muchos trabajos sobre la misma temática y que, para ampliar la riqueza de perspectivas, se busque equilibrar las miradas abriendo el escenario a distintos países, distintas culturas, distintos abordajes metodológicos y grupos sociales.

Si bien en esta etapa inicial participa un cuerpo de más de 20 editores, el gran volumen de artículos recibidos nos obliga a ser altamente selectivos. Solo el 25% de los artículos que se presentan pasan a la etapa de revisión externa y del total de artículos presentados solo tenemos condiciones de que el 15% aproximadamente sea aceptado para publicación. Esto se debe, entre otras razones, a que para poder sostener procesos editoriales gratuitos y de calidad, con una amplia distribución en redes sociales y bases de datos de bibliografía científica, con opción a publicación bilingüe para quienes deseen ampliar el diálogo con otros escenarios, contamos con recursos para publicar un aproximado de 50 artículos al año.

Agradecemos desde ya su interés por nuestra publicación y quedamos a su disposición para cualquier consulta.
Un cordial saludo,

Salud Colectiva equipo editorial
Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva>

Facebook @RevistaSaludColectiva
Twitter @SaludColectiva
LinkedIn @SaludColectiva
Instagram: @salud_colectiva

Envío a la revista “Saúde e Sociedade”

Confirmación de recepción del artículo

Fwd: Saúde e Sociedade - Creada cuenta de Coautor en ScholarOne Manuscripts



De: Secretaria Saúdesoc <gnbehalf@manuscriptcentral.com>

Asunto: Saúde e Sociedade - Creada cuenta de Coautor en ScholarOne Manuscripts

Fecha: 12 de febrero de 2023, 3:40:03 CET

Para: aniluguiroz@hotmail.es

Responder a: saudesoc@usp.br

12-Feb-2023

Estimado/a Miss Quiroz-Hidrovo:

Un manuscrito titulado La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador. (SAUSOC-2023-0087) ha sido enviado por Miss Ana Lucia Quiroz-Hidrovo a la Saúde e Sociedade.

Usted está listado como coautor de este manuscrito. El sistema de revisión en línea ScholarOne Manuscripts, le crea automáticamente una cuenta de usuario. Su USER ID y CONTRASEÑA para su cuenta es como sigue:

Sitio URL: <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>

USER ID: aniluguiroz@hotmail.es

CONTRASEÑA: Por razones de seguridad, su contraseña no está incluida en este correo electrónico. Para configurar su contraseña, haga clic en el siguiente enlace.

https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo?URL_MASK=d0d7db03961f46799140950ba898b437 Please note that the single use link will expire on 15-Feb-2023 2:40:03 AM GMT / 15-Feb-2023 12:40:03 AM BRST. If the single use link has expired, you can generate a single use password by entering your email address into the Password Help function on your site log in page:

<https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>

Puede usar el USER ID y CONTRASEÑA (una vez configurados) para iniciar la sesión en el sitio y verificar el estado de sus artículos que ha escrito/co-escrito. Por favor, inicie la sesión en <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo> para actualizar la información de su cuenta a través de la pestaña de la cuenta de edición en la parte superior derecha.

Gracias por su participación.

Atentamente,
Saúde e Sociedade Oficina Editorial

To create a new ORCID iD record or to link your user account to an existing ORCID ID, simply click this link: https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo?URL_MASK=4433453720c64557a80519fd57916246

[Log in to Remove This Account](https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo?URL_MASK=4433453720c64557a80519fd57916246)

SAÚDE e SOCIEDADE

La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador.

Journal:	Saúde e Sociedade
Manuscript ID	SAUSOC-2023-0087
Manuscript Type:	Original Research Article
Keyword:	Etnografía, Interculturalidad, Atención sanitaria, Poblaciones Indígenas

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

TÍTULO ESPAÑOL: La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador.

TÍTULO EN INGLÉS: The Hegemony of the Biomedical Model from the representations of health personnel in the context of a health care model with an intercultural approach in Chugchilán, Ecuador.

RESUMEN:

Con el presente artículo se pretende conocer cómo se pone en práctica el enfoque intercultural en el contexto del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural en Chugchilán (Ecuador), a través de los conocimientos, percepciones y prácticas que aplica el equipo de salud en la atención materno-infantil. Estudio etnográfico, donde participaron 21 profesionales sanitarios —personal indígena y no indígena—, del Centro de Salud. Las técnicas llevadas a cabo fueron: observación participante y entrevistas en profundidad. Los datos generados se analizaron mediante análisis del contenido temático. El análisis de los datos evidenció que la hegemonía del modelo biomédico operante podría constituir una limitación en el desarrollo del enfoque intercultural, sin embargo, el personal de salud indígena, desde su rol ambiguo y contrario al modelo biomédico, emerge como un elemento contrahegemónico y articulador real entre los saberes biomédicos e indígenas en contextos interculturales de atención-autoatención.

Palabras clave: Etnografía; interculturalidad; atención sanitaria; poblaciones indígenas.

ABSTRACT:

This article aims to discover the intercultural practical approach in the context of the Comprehensive Healthcare Model within family, community and intercultural in Chugchilán – Ecuador via the recognition of knowledge, perceptions and practices applied by the health team in the maternal and childcare. In this ethnographic study 21 health professionals —indigenous and non-indigenous personnel— from the Chugchilán Health Center have participated. The techniques applied were: participants observation and in-depth interviews. The observed scenarios were the Health Center and excursion with community to record their daily life experiences. The generated data was analyzed by thematic content analysis. The analysis of the data showed that the operating biomedical hegemonic model could constitute one of the main limitations in the intercultural approach development. Even though indigenous healthcare team holds an ambiguous and sometimes contrary role to the biomedical model, it has emerged as a counter-hegemonic element and real conciliator between biomedical and indigenous knowledge in intercultural contexts of care-self-care.

Keywords: Ethnography; interculturality; health care; indigenous populations.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva intercultural en el Ecuador, se introduce en el ámbito político a raíz de las movilizaciones indígenas que tuvieron lugar en los 90 del siglo XX, en las que se reivindicaba su derecho a la tierra, el agua, y la salud entre otras. Las movilizaciones llevaron a la reforma de la constitución en 2008, donde se establece al Ecuador como Estado plurinacional integrando el *Sumak Kawsay* [en quichua] o *Buen Vivir* [en castellano], en el denominado Plan Nacional de Desarrollo (Ecuador, 2009). El *Sumak Kawsay*, es un concepto inspirado en los planteamientos ancestrales indígenas que parte de una cosmovisión holística de las formas de vida andino-amazónicas y desde donde se pretende mostrar un modelo de vida armónico, tanto en las relaciones comunitarias como con el entorno natural —“Pacha Mama” o “Madre Naturaleza”— (Acosta, 2015; Arteaga, 2017).

Para conseguir el objetivo del *Buen Vivir*, la salud fue uno de los elementos fundamentales, ya que el sistema de salud ecuatoriano se mostraba incapaz para atender a la diversidad étnica y social existente. Este hecho era manifiesto, por ejemplo, en las limitaciones de acceso a los servicios de salud, las altas tasas de desnutrición y la mortalidad materno-infantil —especialmente en los pueblos indígenas— (López-Cevallos et al., 2014). En este contexto, el papel del Ministerio de Salud Pública (MSP) fue de gran importancia, ya que sus reformas permitieron el derecho a la salud de toda la población a través del fortalecimiento del primer nivel de atención y la aplicación de estrategias en la Atención Primaria de Salud.

Las necesarias reformas en el sector salud incluyeron la transformación del modelo de atención sanitario —como eje estratégico prioritario— (Naranjo, 2014). Estas reformas devinieron en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que según Espinosa et al. (2017) a diferencia de los programas anteriores que operaron en el país, no estaba centrado en la enfermedad ni en la prestación de servicios curativos, sino en las personas, sus familias y sus comunidades. Pero, además desde el MSP el enfoque intercultural se presentó como un programa en el que coexisten los dos sistemas de salud presentes en Ecuador. El primero es el de medicina tradicional indígena (MT) o medicina ancestral —“medicina ancestral” términos, desde la posición “étnic”, los utilizaremos para referimos a los términos usados por el Estado o instituciones oficiales y en cambio, desde la posición “émic” hemos tomado en consideración el término “medicina tradicional” que usan los comunitarios y Técnicos Atención Primaria de Salud (TAPS)—. El segundo es el sistema biomédico o medicina occidental—. El enfoque intercultural trató de oficializar la convivencia entre estos dos modelos, siendo sus pilares fundamentales: la creación y formación de los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) —personal originario de las propias

1
2
3 comunidades indígenas—; la inclusión de las parteras y los médicos tradicionales/ancestrales
4 al sistema oficial de salud; y formación en el enfoque intercultural de los profesionales de la
5 salud (Ecuador, 2012).

6
7 Sin embargo, según diversos autores el modelo MAIS-FCI no responde a un planteamiento
8 intercultural real, en el que se incorporen las creencias de los pueblos y nacionalidades
9 indígenas —como grupo o de forma individual— en el sistema de salud (Gallegos et al., 2017;
10 Torres; López, 2017; Herrera et al. 2019). Herrera et al. (2019) insisten en que el camino
11 indígena hacia la curación puede ser “caótico” y “amorfo”, contrariamente al modelo de
12 “interculturalidad ideal” planteado desde el gobierno y basado en nociones esencialistas de lo
13 que significa la cultura indígena. Esto se debe, por un lado, a que el gobierno ignora el camino
14 indígena hacia la curación y por el otro, porque se plantea que solo existen dos modelos de
15 salud que interactúan —el biomédico y el de medicina ancestral. En esta línea Menéndez (2016)
16 señala que actualmente los modelos de atención en Latinoamérica mantienen una visión acrítica
17 y reduccionista de la interculturalidad al basarse en la existencia únicamente de dos modelos,
18 dejando de lado las distintas formas de entender la salud y la enfermedad.

19 Así, el presente artículo pretende responder al interrogante de cómo se pone en práctica el
20 enfoque intercultural en el contexto del MAIS-FCI en Chugchilán (Ecuador) a través de los
21 conocimientos, percepciones y prácticas que aplica el equipo de salud en la atención materno-
22 infantil.

23 **METODOLOGÍA**

24 El artículo presenta una parte de los resultados de una investigación etnográfica —en
25 Chugchilán (Ecuador)— más amplia, en el marco de una tesis doctoral titulada “XXX”
26 [anonimizado]. El trabajo de campo se realizó entre el 16 de septiembre de 2020 y el 30 de abril
27 de 2021, viviendo la investigadora en la propia comunidad. Las técnicas utilizadas fueron la
28 observación participante y entrevistas en profundidad. Con los datos generados, se realizó
29 análisis temático. En este artículo se presentan resultados de las observaciones y entrevistas a
30 profesionales sanitarios. La muestra fue de 21 profesionales sanitarios del Centro de Salud (CS)
31 de Chugchilán a quienes se les realizó seguimientos en sus acciones extramurales
32 —desplazamientos fuera del CS para prestar atención a las distintas comunidades— e
33 intramurales —en el CS— (Tabla 1).

34 **INSERTAR TABLA 1**

35 **Aspectos éticos**

36 El estudio fue aprobado por la Comisión de Bioética de XXX [anonimizado] (Ref. XXX) y por
37 el Comité de Ética de XXX [anonimizado] (Ref. XXX). Previo al inicio del trabajo de campo
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4 se obtuvo la amuencia comunitaria —autorización de la comunidad indígena para realizar la
5 investigación— en la celebración de la asamblea general. Todos los participantes fueron
6 informados de los objetivos del estudio y recibieron las garantías de confidencialidad. Se les
7 solicitó el consentimiento informado por escrito para poder participar, previa resolución de las
8 dudas que pudieran tener. Se mantuvo la privacidad de las personas durante la transcripción y
9 manejo de los datos, asignándoles un nombre ficticio. Así mismo, fueron de vital importancia
10 las medidas de seguridad y protección que se adoptaron durante el trabajo de campo, teniendo
11 en cuenta que se llevó a cabo durante la pandemia de COVID-19.

17 Contexto comunitario

18 Las comunidades a las que presta atención el Centro de Salud (CS) de Chugchilán se encuentran
19 en la zona de alta montaña de los Andes y se caracterizan por ser una población dispersa, dentro
20 de una amplia y agreste zona geográfica. Las comunidades más alejadas se componen
21 principalmente de pueblo “Kichwa” Panzaleo y son principalmente familias extendidas, cuya
22 forma de organización social y política es la comuna —cubren y regulan las necesidades
23 comunes y su máxima autoridad es la asamblea comunitaria—.

24 En el CS, la mayoría del personal de salud (PS) estaba recién graduado cumpliendo con su “año
25 de salud rural” —periodo obligatorio posterior a la graduación y anterior a ejercer oficialmente
26 su profesión—. Entre el PS encontramos prestadores de salud indígenas —Técnicos de
27 Atención Primaria de Salud (TAPS)— y PS no indígena (PSnI); y todos ellos conforman los
28 Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS). Quienes no se encontraban presentes en los
29 EAIS eran los representantes de la medicina tradicional indígena (MT) —aunque el modelo
30 MAIS-FCI sí los contempla—, estos eran: las parteras, mujeres que se encargan del control del
31 embarazo, diagnostico problemas en el embarazo, ayudan y acompañan en la labor de parto,
32 acomodar el bebé recién nacido, y también proporcionar los primeros cuidados al recién nacido;
33 los Sobadores, personas que atienden todo lo relacionado con golpes, torceduras y fracturas;
34 los Yachaks, personas con múltiples funciones y conocimientos, conocen la medicina ancestral,
35 diagnostican y atienden distintas afecciones ya sean del cuerpo o espirituales; y los Kuypichak,
36 personas que realizan diagnóstico de enfermedades “sobando” sobre el cuerpo un “cuy” —
37 cobaya—, que posteriormente diseccionan. Así los participantes —en el estudio— de los EAIS
38 fueron: 1 médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que asiste al CS de forma
39 itinerante; 5 médicos generales; 3 odontólogos; 3 enfermeras; 3 obstetras; 7 TAPS. El personal
40 permanente en el CS eran los TAPS y el médico especialista, el resto del PS era recién graduado
41 en su “año rural” —de dos periodos distintos (Tabla 2)—.

INSERTAR TABLA 2

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para responder a la pregunta de investigación, los resultados se presentan a partir de dos ejes temáticos —y las categorías que de ellos emergen— relacionados con la integración de la práctica asistencial en el CS: los profesionales de salud no indígenas (PSnI); y los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) como profesionales indígenas (Tabla 3).

INSERTAR TABLA 3

El personal de salud no indígena (PSnI)*Relación lingüístico-cultural*

La atención intra/extramural refleja la relación del PS y la comunidad, basándose fundamentalmente en la capacidad de comunicarse y relacionarse unos con otros. En Chugchilán se evidenciaron dificultades por parte del PSnI para comunicarse con las comunidades. Por un lado, el PSnI no habla “kichwa” —quechua en castellano— y por el lado indígena existe un grupo que no habla castellano, otro que lo habla, pero no lo domina —pese a que la mayoría es bilingüe—; y un último grupo con dificultades para entender e interpretar la información debido a los diferentes niveles de escolaridad.

Yo de quichua, no sé, algunas palabritas, que nos han enseñado, [...]. A veces sí es difícil entenderles, hasta cuando nos hablan español, parece que no dicen bien algunas palabras y no se entiende, ahí nos toca llamar a los TAPS]. (Óscar_MED_26_H)

(...) existen algunos inconvenientes aquí en cuanto a la consulta médica al tratar con la población, (...) el problema es que no hay, hay una falta de educación (...). (Jorge_MED_27_H)

Estas situaciones muestran la frustración del PSnI, debido a que no son autónomos en la atención al paciente, ya que dependen de los TAPS para comunicarse, dar información sobre recetas y otras indicaciones del tratamiento. Las narrativas constatan que las diferencias lingüísticas generan dificultades comunicativas en contextos culturales diversos (Fernández, 2008; Belintxon; Dicastillo, 2014) y corroboran la necesidad de utilizar intérpretes o mediadores (Carrasquilla; Pérez, 2018; Pulido et al., 2017), función que en nuestro caso ejercen los TAPS.

Al mismo tiempo aparecen dos nuevas situaciones que dificultan aún más la comunicación. La primera: que el PS usa un lenguaje técnico biomédico, dificultando la comprensión por parte de las personas indígenas. Y la segunda: que el PSnI tampoco busca extenderse en las explicaciones acerca del tratamiento u orientaciones educativas, porque considera que las

1
2
3
4 pacientes no les comprenden —Nota de Observación (NO)—, y eso lo atribuyen de nuevo al
5 nivel educativo de la paciente.

6
7 *(...) entonces las madres que son analfabetas casi desconocen (...) como los iniciados*
8 *médicos [médicos jóvenes y novatos] hablan en español, casi ellos no le toman en*
9 *cuenta, casi no explican, entonces cuando nosotros explicamos en nuestro idioma*
10 *entonces ellos otra vez, recapacitan y entienden. (Pablo_TAP_34_H)*

11
12 A partir de los hallazgos se evidencia que, al igual que en otros estudios, el proceso
13 comunicativo es complejo (Belintxon; Dicastillo, 2014) y, responde a prejuicios y estereotipos
14 sobre las diferencias culturales, construidas desde los ámbitos de poder. Debido a ello, se coloca
15 a la comunidad en una posición de inferioridad, al calificar su conocimiento como de no-saber
16 frente a la ubicación del PSnI como sujetos del saber, cayendo en un racismo cognitivo basado
17 en el “saber-poder” (Rocha-Buelvas, 2017). Pero además, como apunta Fernández (2008), el
18 desconocimiento de la lengua, cultura y de los sistemas médicos indígenas también producirá
19 determinadas respuestas en la atención “ajenas a cualquier tipo de criterio intercultural”
20 (Fernández, 2008:31).

21
22 Estas situaciones, también se agravan por cuestiones que no tienen que ver con la competencia
23 lingüística y cultural, sino relacionadas con aspectos burocráticos-administrativos que el PSnI
24 ha de cumplir. En este sentido, el PSnI dedica mucho tiempo de su jornada laboral a
25 cumplimentar y elaborar informes, registros estadísticos, etc. (Fernández, 2008), tiempo, que
26 puede ser de gran valor para establecer vínculos con la comunidad.

27 *Transmisión de la información salud/enfermedad.*

28
29 Además del aspecto lingüístico, reparamos en cómo el modelo biomédico ha permeado la
30 actividad propia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en relación a como
31 se transmite la información a los comuneros —especialmente a las madres— con el objeto de
32 promover las actividades del CS.
33

34 A partir de las observaciones y narraciones, vemos cómo la información dada no se realiza de
35 manera directa, ya que el PSnI rehúye de un contacto social prolongado y de explicaciones
36 extensas. El PSnI prefiere delegar a los TAPS la entrega de indicaciones e instrucciones a los
37 pacientes. Por ejemplo, Jorge (MED_27_H), quien luego de la valoración física a Laura —
38 paciente—, le indica que tiene la garganta inflamada y *rojita*. Posteriormente explica al TAPS
39 como debe Laura tomar la medicación mientras él cumplimenta un formulario y sale de la casa.
40 En este contexto Laura explicita sus dudas al TAPS —qué es y porque debía tomarla— (NO).
41 En otra observación, sobre los programas de planificación familiar, se evidenció que a las
42 madres se las informaba de forma parcial y unidireccional, informando solo de los métodos que
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

estaban en la cartera de servicios—implante hormonal, anticonceptivos orales—y enfatizando en aquellos que se encontraban cerca de la caducidad (NO). Por tanto, la información proporcionada no busca explicar el método ni tampoco resolver dudas. Por ejemplo, Mayra (OBS_26_M) visitó a María —una mujer puérpera— y le mencionó que tenía que tomar pastillas anticonceptivas y que el miércoles debía bajar al CS a colocarse el dispositivo intrauterino (DIU). Dicho esto, la obstetra salió de la casa sin darle otra información. Por su parte el TAPS, quien conoce el procedimiento previo a la implantación del DIU y ante la incertidumbre de la madre, le proporcionó las explicaciones sobre cómo debía tomar las pastillas previo implante de DIU. María, en respuesta a las explicaciones, expresó que no podía acudir porque debía cuidar a sus niños y mostró dudas sobre el tratamiento mencionando “¿las pastillas no harán mal?” (NO). Estas dudas estaban fundamentadas en representaciones maternas sobre que los fármacos de patente provocarían malestar en el cuerpo, en consonancia con lo que se muestra en otros estudios (Fernández, 2008).

Precisamente, siguiendo con las explicaciones sobre los métodos anticonceptivos y otros dispositivos, se vio que son superficiales, ya que no tienen en cuenta los aspectos sociales y culturales de la vida de las mujeres y cómo estos remedios pueden afectar el proceso salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p). Todo ello, constata la ausencia de un diálogo intercultural donde confluyan los saberes —conocimientos y prácticas— biomédicos y popular indígena. Es así como la prevención y promoción de la salud se basa, literalmente, en la “entrega de la información” indirecta —a través de los TAPS—, parcial —no profundiza ni amplía la información—, unidireccional —no busca el diálogo con el otro—, impuesta y como eje transversal el enfoque curativo —que prioriza el diagnóstico, enfermedad y tratamiento—. Todo ello muestra una relación asimétrica, conflictiva y con visión reduccionista de la experiencia de la persona desde la posición hegemónica de la biomedicina (Menéndez, 2016; Ávila; Alves, 2022). Casos similares se repiten durante la investigación y evidencian que, al igual que en los estudios de Carrasquilla (2018) y Pulido et al. (2017), el PS “no [es] consciente de la importancia del dominio cultural en la forma en que llevan a cabo su trabajo y esto impide la consonancia cultural” (Pulido et al., 2017, p.369), cayendo en “imposiciones culturales” (Leininger, 1999).

Prácticas maternas de atención

Para entender cómo se presenta el modelo biomédico en el CS, es importante hacer un recorrido por los conocimientos y percepciones del PSnI con respecto a ciertas prácticas maternas.

1
2
3 En cuanto a las percepciones, el PSnI considera que muchas de las mujeres indígenas realizan
4 prácticas de riesgo, cómo el parto en casa —poniendo en riesgo la vida de la madre y el bebé—,
5 frente al parto hospitalario —el único considerado seguro—: “*El parto en la casa no es seguro,*
6 *se pone en riesgo la madre y el bebé, ¿por qué dar a luz en la casa si pueden dar en el hospital?*
7 *[...]*” (Jorge_MED_27_H).

8
9
10
11 Otras prácticas de riesgo son las decisiones maternas con respecto a la salud propia o de sus
12 hijos, y que según el saber biomédico, se toman con ausencia de fundamento científico:

13
14
15 *La otra vez vino la mamá con su hijo, que lloraba del dolor de muela, a que le saqué la*
16 *muela a su hijo. Le dije que le podíamos curar y que no valía sacarle porque se le iba*
17 *a mover los dientes. Ella no entendía, insistía que le saquemos, se enojó [...], los TAPS*
18 *le explicaron, pero ella dijo que sacando la muela es un solo dolor, y así no debe volver,*
19 *al final le sacamos, pero yo no entiendo (...).* (Rocio_ODON_25_M)

20
21
22
23 Así mismo, en relación a las vacunas, el PSnI considera que las mujeres tienen teorías erróneas,
24 como que las vacunas son perjudiciales. Para convencer a los padres y que vacunen a sus hijos,
25 el PSnI utiliza diversas formas de persuasión (Fernández, 2008). Por ejemplo, comentarles que
26 si no lo hacen pueden “morir” o perder “el bono” —beneficio económico del gobierno—
27 (NO). Sin embargo, el PSnI desconoce que algunas madres evitan las vacunas porque desde su
28 sistema de racionalidades, las vacunas tienen efectos iatrogénicos como el malestar general, la
29 fiebre y la irritabilidad en sus hijos.

30
31
32
33 *(...) yo he escuchado a un montón de teorías que tienen los papás de por qué no les*
34 *quieren vacunar, entonces nosotros les convencemos. Vea si no le pone la vacuna y le*
35 *coge esa enfermedad, se puede morir su hijo (...), la van a quitar el bono. Porque*
36 *nosotros tenemos que cumplir y sabemos que la vacuna está bien y que ese niño no se*
37 *va a enfermar si le ponemos la vacuna. Entonces ahí recapacitan un poco.*
38 (Óscar_MED_26_H)

39
40
41
42 También perciben que las madres no hacen lo suficiente en cuanto a la alimentación e higiene:

43
44
45
46
47 *(...) yo creo que sí falta cuidados porque, por ejemplo, no sé si en la alimentación, por*
48 *ejemplo, los niños hay bastante niños que tienen [bajo peso para la edad], no acuden a*
49 *hacerse sus controles. Vienen cuando tienen ya mismo vómitos, diarrea, cuando ya está*
50 *mal. Ahí es cuando acuden (...) yo que estoy preparando los pacientes, no he visto que*
51 *llegan cuando está el niño sano, siempre acuden cuando ya está enfermito (...)* Si los
52 niños no están tan cuidados, si se enferman con diarrea, entonces falta de higiene y
53 cuidado. (Nora_ENF_24_M)

1
2
3 Por tanto, las percepciones sobre el saber indígena se sustentan en representaciones sociales
4 que se asientan en generalizaciones e imaginario colonial basadas en prejuicios históricos
5 (Walsh, 2009) con respecto a la población indígena, donde se terminan viendo estos
6 comportamientos como erróneos (Ávila; Alves, 2022). Estas percepciones no reconocen que
7 las mujeres indígenas desarrollan representaciones distintas e individuales respecto a los
8 procesos s/e/a-p (Menéndez, 2016), o como menciona Fernández (2008:41) “las versiones
9 indígenas sobre signos, síntomas, enfermedades y procesos terapéuticos no equivalen a los de
10 la biomedicina y sus protocolos de actuación.”. Así también, Dias-Scopel y Scopel (2019)
11 muestran que las prácticas de autocuidado son prioritarias y centrales en las comunidades
12 indígenas, pero ese conocimiento no es reconocido por los profesionales sanitarios en la rutina
13 diaria de la atención biomédica.

21 *La competencia y la formación intercultural*

22 En la formación universitaria, a pesar de que el currículo universitario en Ecuador se reformó
23 en base a los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 (Ecuador, 2009), poco se
24 aplica en la realidad (Cedeño et al., 2021; Meneses et al., 2020), mostrándose un bajo o casi
25 inexistente nivel formativo en competencia intercultural. Por ello, a nivel formativo, aún existe
26 la necesidad de incorporar los enfoques inter y multidisciplinares de interculturalidad, así como
27 la MT en los planes de enseñanza (Fernández, 2008; Herrera et al., 2018) de pregrado. El propio
28 PSnI entrevistado, considera esta formación teórica y práctica —así como la recibida por parte
29 de las administraciones locales de salud— como insuficiente. Con estos antecedentes, la noción
30 de interculturalidad —para el PSnI— se limita a su definición literal de “entre-culturas”
31 (Carrasquilla; Pérez, 2018), ocultando las relaciones de poder existentes entre la cultura
32 dominante y la subalterna (Walsh, 2012).

33
34 *¿Cómo salud intercultural? ósea ¿de culturas? bueno yo pienso que no nos prepararon*
35 *ni el Ministerio, ni en la universidad. Quizás si faltó que nos explicaran bien (...). Somos*
36 *diferentes, pensamos diferente. Nos doctan que hay que ser extrovertidos. (...) Aquí a*
37 *uno le botan de una a la comunidad. (Óscar_MED_26_H)*

38 En el periodo de “año rural”, el PSnI proviene de distintas regiones del país. Algunos de ellos
39 nunca han salido de sus zonas de residencia, otros no han tenido contacto con comunidades
40 indígenas previamente, ni han realizado formación —ni teórica ni práctica—, por lo que
41 desconocen los estilos de vida y costumbres de las comunidades.

42
43 *Yo la verdad nunca he salido, yo me formé en (...), ahí no hay indígenas. Nosotros (...)*
44 *además si a veces una oye cosas, pero nada más. En la universidad peor ahí sí que*
45 *nunca hemos hecho prácticas en comunidades indígenas. (Santiago_ENF_25_H)*

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Todo ello, finalmente conduce a que el cuidado que aplica, el PSnI, a las poblaciones indígenas, esté marcado por una clara influencia biomédica.

(...) porque a la final, la atención, por más que sea a alguien rural o a alguien que viva en la ciudad, a la final lo real es la participación de la patología, el tratamiento, el diagnóstico sigue siendo igual. (Jorge_MED_27_H)

Pero, a pesar de todo ello, durante el “año rural” y después de los primeros encuentros con lo “extraño” o lo “diferente”, el PSnI se vuelve más atento a los temas culturales, es decir, logran desarrollar algo de *conciencia cultural* (Campinha-Bacote, 2002). Esta conciencia cultural permite a los profesionales hacer adaptaciones a nivel práctico, como las diferenciaciones positivas —explicaciones basadas en la persona— o adaptaciones del lenguaje —usando lenguaje popular—, en pocas palabras, siendo más *sensibles* a las necesidades de la cultura.

(...) he tenido que cambiar, creo que es un poco la lengua, expresarme con cuidado de ahí no he tenido que hacer nada (risas). Creo que no sé hablar con no hablar con palabras muy técnicas al punto de, de, explicarle algo, creo que en ese sentido eso no más, de ahí no más. Si es como querer decir o sea decir esputo o no me entienden, ahí hay que decir salibado, gargajo o algo así (...). (Nora_ENF_24_M)

El personal sanitario indígena (TAPS)

En los EAIS, los TAPS representan un pilar importante en el despliegue del modelo MAIS-FCI (Ecuador, 2012). Entre sus atribuciones destacan: las visitas extramurales con el resto del EAIS —ellos siempre están presentes—; la educación y orientación sobre el cuidado de salud; informar sobre el sistema de salud y su funcionamiento —incluyendo programas especiales de salud como el de vacunas—; y la cumplimentación de formularios, como son las fichas familiares.

El rol de los TAPS

Los TAPS, en el CS realizan una serie de actividades donde se evidencia su rol principal dentro de los EAIS. Este rol, es fundamentalmente el de ser agentes de mediación —o puente— en la atención de salud, o sea, mediando entre la comunidad y el sistema biomédico: *“(...) te permite ese acercamiento, en cierto punto te traducen, le hacen entender lo que tú le quieres decir al paciente y lo que el paciente te quiere decir a ti (...).” (Óscar_MED_26_H).*

En las observaciones y entrevistas se mostraron toda una serie de actividades desarrolladas a partir de las atribuciones que marca el MSP. Así, se muestra a los TAPS como agentes de promoción, educación y orientación de los programas de salud:

1
2
3 (...) *Actividades promoción de salud, realizamos de acuerdo con las normas de*
4 *Ministerio de salud, por ejemplo, realizamos campañas de vacunación, primero*
5 *promocionamos antes de realizar la práctica y también otro sería ya sobre lo que*
6 *estamos viviendo sobre el CORONAVIRUS.* (Pablo_TAP_34_H)
7
8

9
10 También desarrollando funciones relacionadas con la promoción de servicios que presta el CS:
11 “Hoy en actualidad en tema de planificación y hemos incentivado con los métodos
12 anticonceptivos (...).” (Pablo_TAP_34_H). Y relacionado con esta promoción de servicios, se
13 muestra que también gestionan el acceso a los fármacos de patente, especialmente de aquellos
14 que no requieren de prescripción médica, como el paracetamol. Por ejemplo, en medio de una
15 conversación, María comentó que llevaba días con dolor de cabeza y otros síntomas de resfriado
16 y que su vecina llamó a uno de los TAPS y acordaron que por la tarde él le llevaría paracetamol
17 para aliviar sus síntomas (NO). Dentro de todas estas actividades también se encuentran
18 incluidas las de índole censo-administrativas:
19
20

21
22 (...) *realizamos informes de las actividades, actualización de tarjeteros de vacunas y*
23 *también actualización en el mapa pariente de las mujeres embarazadas y también mapa*
24 *general de grupos prioritarios y actualización de sala situacional. (...) actualización de*
25 *fichas familiares.* (Pablo_TAP_34_H)
26
27

28
29 Todas estas funciones descritas están en consonancia con las que se muestran en otros estudios
30 (Pontes et al., 2018; Langdon et al., 2014), siendo además afines a lo que establece el MAIS-
31 FCI, por lo que no generan conflicto con el modelo biomédico. Pero la relevancia del rol de
32 mediación —o puente— en los TAPS, se debe al dominio del idioma kiwcha y a conocer a la
33 comunidad con las que crean vínculos de confianza e incluso comparten lazos de parentesco.
34 Pero, a pesar de la importancia que ejercen los TAPS, este rol puede ser considerado ambiguo
35 y contradictorio cuando se observa en la práctica. Es contradictorio con respecto al MAIS-FCI
36 y, sobre todo, como señala Langdon y Gamelo (2017) llega a generar malas relaciones y
37 tensiones en el núcleo de los EAIS. Durante las observaciones comprobamos que los TAPS
38 suelen ser consultados, por las madres, sobre padecimientos y para que les den respuestas los
39 mimos. Los TAPS en base a su sistema conocimientos determinan y atienden/curan el
40 padecimiento, pero esto se lleva a cabo alejado del proceso de diagnóstico y atención médica.
41 Es decir, se lleva a cabo sin la intervención del PSnI—de forma similar a como buscan solución
42 al padecimiento las madres—, en lo que Menéndez denomina acciones “autoatención”
43 (Menéndez, 2018). Así, un TAPS mencionaba: “*St, st, sabemos, decir siempre y colaborando*
44 *algo, por un paciente que necesita alguna cosita. St, estamos colaborando igual si ahí nosotros,*
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 *remedios de campo, como plantas nativas eso*" (Miguel_TAP_34_H). Cuando las madres
4 deciden optar por la medicina occidental, prefieren consultar al TAPS por tema de confianza y
5 familiaridad (NO). Por lo tanto, éste termina ejerciendo un rol importante en el proceso s/e/a-p
6 del paciente, aunque sea infravalorado por el resto del EAIS.
7

8
9
10 *(...) como usted misma mencionó que todos piensan que todos aquí, somos, somos*
11 *médicos, sí. Entonces a veces ellos la también como que asumen ese rol. Entonces a*
12 *veces ellos, son el primer contacto con los pacientes. Entonces a veces ellos deciden a*
13 *quién se ve, a quién no se ve, malacostumbran a los pacientes a que se les lleve siempre*
14 *la medicación. Entonces en, en ese punto, no, no ayudan realmente, se convierten más*
15 *e incluso en un problema.* (Paola_MED_25_M)
16
17
18
19

20 En este punto se evidencia que los TAPS son también articuladores entre las distintas medicinas
21 —medicina occidental, medicina tradicional indígena o medicina popular—:
22

23
24 *(...) bueno, nosotros conectamos y en algunas comunidades en tema de medicina*
25 *ancestral, si se están trabajando, fortaleciendo, nosotros como personal sanitario*
26 *también hemos trabajado con ellos también. (...) tanto con parteras, yachak, kuyupichak,*
27 *hierbatero y sobador, entonces ellos se trabajan ayudando.* (Pablo_TAP_34_H)
28
29
30

31 Con estos ejemplos vemos como los TAPS tanto recomiendan medicina ancestral como
32 acompañan al sistema biomédico según el padecimiento de la persona, pero estas situaciones
33 generan tensiones en los EAIS. Por ejemplo, se ve que el PSnI opina que los TAPS buscan
34 liderar e imponerse ante sus decisiones cuando determinan qué pacientes visitar y qué
35 actividades realizar. Y, por otro lado, los TAPS también asumen que el PSnI tendrá dificultades
36 para entenderse con la comunidad, al no compartir el idioma y los aspectos culturales, y por
37 ello opinan que *"sin nosotros ellos no pueden entrar a las comunidades, no les dejan."*
38 (Pablo_TAP_34_H). A pesar de estas situaciones y tensiones, el EAIS no establece estrategias
39 para superarlas, aceptando que el contacto y la relación médico/enfermera-paciente es así.
40 Situación que, por otro lado, no favorece que se establezca una relación de confianza con el
41 PSnI, al contrario de lo que sucede en la relación con los TAPS.
42

43 Todo ello muestra interferencias en el encuentro cultural, que no permite el desarrollo del
44 contacto social y la relación médico/enfermera-paciente/comunidad, lo que sería contrario a
45 una perspectiva de interculturalidad crítica (Walsh, 2009). Pero, además, también favorece la
46 creación de estereotipos sobre las comunidades, ya que se evita la interacción directa —con
47 personas de culturas diversas—, aspecto que no ayuda a refinar o modificar las creencias
48 existentes sobre un grupo cultural (Campinha-Bacote, 2002; Leininger, 1999).
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Otras situaciones que tienen que ver con las traducciones que los TAPS realizan, es que en muchas ocasiones se traducen palabras sin conectarlas a la cosmovisión indígena. Cosmovisión necesaria para establecer acercamientos a la comprensión de la cultura. La atención en salud — en el contexto intercultural— se enfrenta al problema de la traducción cultural, que no solo se limita al remplazo de una palabra sino al remplazo de la visión del mundo, entre así como la visión y concepción de la salud y la enfermedad (Carrasquilla; Pérez, 2018).

Formación y capacitación

Los TAPS son personal sanitario acreditado por el MSP, con formación previa de bachillerato. Para acreditarse, se forman durante 2 años, pero no reciben contenido específico en atención intercultural, sino contenido basado en el enfoque biomédico —al igual que la del PSnI—.

Por ahí hablaban de signos vitales, todo es morfofunción, daban matemática como estadística, una materia que se tocaba aprender, cálculos, todas esas cosas, entonces, ya sabes, psicología y algunas materias que TICS será para esa materia, para como se llama, para las plataformas que pueden manejar y para entrar al internet y hacer alguna actividad (...). (Miguel_TAP_34_H)

Con respecto a la formación continuada, los TAPS están muy interesados en inscribirse a cursos que oferta la Organización Panamericana de Salud (OPS) a través del MSP. Pero estos cursos son de orientación biomédica, como por ejemplo la detección de pacientes con afecciones cardíacas, o sobre técnicas biomédicas especializadas (NO). En estas formaciones lo que se hace es reforzar el modelo biomédico (Dielh; Follman, 2014; Langdon et al., 2014), dificultando la articulación entre el conocimiento local, las prácticas de salud indígenas, plataforma del modelo de atención integral de salud y el enfoque intercultural, según se lo establece la propia normativa (Ecuador, 2012). Esta situación genera contradicción, ya que quienes deben ser mediadores y enlace con la comunidad —surgiendo de la misma, como forma de representar “el dialogo de saberes” según el MAIS-FCI (Ecuador, 2012)—, terminan siendo un representante más del modelo biomédico. Esta situación también supone un riesgo, ya que el saber de los TAPS como indígenas, de alguna forma empieza a colonizarse (Rocha-Buelvas, 2017; Quijano, 2000) y a través de ellos también a las mujeres indígenas.

La práctica médica

Como se ha ido viendo, entre los TAPS y el resto del EAIS existen distintas apreciaciones, que nacen principalmente de las experiencias compartidas en el trabajo tanto intra como extramural. La visión de los TAPS —por su experiencia y permanencia en el CS—, es importante cuando

1
2
3 se trata de describir la práctica médica en el contexto intercultural. Los TAPS, desde su propio
4 sistema de representaciones indígena, perciben que el PSnI es visto como extraño y con
5 desconfianza por parte de la comunidad, sobre todo al inicio, “*la gente primerito no confía*”
6 (Ana_TAP_27_M). Por ese motivo, ellos son el nexo con la comunidad, para que de esta
7 manera el PSnI se integre y sea aceptado. Sumado a este hecho, los TAPS creen que la
8 itinerancia del PSnI —sobre todo los de su “año rural”— genera poca experiencia y por tanto
9 insuficientes destrezas en la práctica y en las relaciones con su cultura, siendo testigos muchas
10 veces de situaciones de rechazo y discriminación cultural hacia la comunidad.

11
12
13
14
15
16
17 *Bueno, sí, tienen una poca diferencia [término que expresa un trato desigual y*
18 *discriminatorio] porque siempre cuando sale a la comunidad, entonces ellos como*
19 *profesional, entonces algunas cosas, así ellos como que queda sí viendo entonces, por*
20 *ejemplo, se observa, diagnostican los pacientes. Entonces ellos no se explican nomás,*
21 *por ejemplo, entregando a la medicación. Entonces ellos dicen eso hay que tomar, así,*
22 *así. Entonces deja una receta (...).* (Pablo_TAP_34_H)

23 También, los TAPS se preocupan de aspectos cotidianos en la relación médico/enfermera-
24 paciente: el tono de voz; las palabras que se usan; e incluso el movimiento corporal por parte
25 del PSnI (NO). Todos son aspectos que, desde el sistema de representaciones sociales indígena,
26 determinan “buen o mal trato”. Las personas de la comunidad sienten recelo y miedo de hablar
27 con desconocidos y más con el “*doctorcito*” —término usado para referirse a todo el PSnI—,
28 usando un tono de voz bajo en contraste con el tono de voz fuerte y rápido de las personas de
29 la región costa —zona de clima cálido, más próximo a las costas del pacífico—. El acento y
30 tono al hablar hacen que en ocasiones asuman que les “*están hablando*” [tratando mal] (NO).
31 La cotidianidad, en definitiva, es lo que determina el nivel de vínculo que puede existir entre la
32 comunidad y el PSnI. Esta cotidianidad se ve afectada por aspectos de trabajo burocrático: “*(...)*
33 *nos dicen que debemos visitar a las comunidades, integrarse, organizar actividades, pero*
34 *también nos piden informes a cada momento*” (Jorge_MED_27_H). Y también por aspectos
35 personales, como son los compromisos sociales y familiares. Así, el PSnI pocas ocasiones se
36 incluye y participa en actividades comunitarias como las *mingas* —trabajo comunitario—, los
37 actos religiosos o festividades. Cuando se invita al PSnI a las actividades comunitarias, ellos
38 envían a los TAPS en su lugar. El propio PSnI en ocasiones mencionó: “*Yo creo que uno nunca*
39 *termina de integrarse cien por cien a la comunidad*” (Nora_ENF_24_M).

40 En este sentido, Langdon et al. (2014) mencionan que la información relevante que se genera
41 en la interacción comunicativa durante las visitas domiciliarias es ignorada cuando las
42 actividades se reducen a la producción de “informes”. Por lo tanto, el PSnI no se integra en los
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 procesos comunitarios que implican sociabilidad y que se llevan a cabo entre redes de
4 parentesco, relaciones políticas y de confianza.

6 CONCLUSIONES

7 En el presente artículo muestra aspectos —con respecto al enfoque intercultural en salud— que
8 estudios anteriores ya mencionaban, como son los problemas de competencia lingüística y
9 cultural de los profesionales sanitarios, por falta de formación previa, por la alta rotación del
10 PS y por no participar de la vida comunitaria. Todo sigue contribuyendo a la creación de
11 estereotipos sobre las comunidades indígenas y al no reconocimiento de su saber ancestral.
12

13 Por otro lado el modelo biomédico continúa estando muy presente en las acciones del PS —a
14 pesar del MAIS-FCI—, mostrando que el diálogo de saberes que promulgado, es apenas
15 inexistente, salvo por la figura de los TAPS. El enfoque intercultural del MAIS-FCI, además
16 de crear la figura de los TAPS —como personal indígena— considera la inclusión del saber
17 ancestral como pilares del modelo. Pero, en la etnografía se ha evidenciado que en Chugchilán,
18 las figuras de la MT no se encuentran incluidas de forma contractual en el CS.

19 Vemos también, que la hegemonía del modelo biomédico en Chugchilán es “fuerte”, pero
20 existen otras fuerzas que se oponen y que actúan como contrapoder. Este contrapoder lo llevan
21 a cabo los TAPS que, con sus prácticas diarias y de forma espontánea se contraponen al poder
22 hegemónico, por ejemplo: priorización de las visitas extramurales; influenciando en la decisión
23 de los cuidados maternos etc. Ellos se encuentran en una posición privilegiada —son parte de
24 la comunidad— y con un rol destacado —de mediación o puente entre el modelo biomédico y
25 la MT—. Este hecho los posiciona de manera ambigua, ya que forman parte de una institución
26 jerárquica y un modelo biomédico permeado por el saber—poder—. De alguna manera ellos han
27 logrado ejercer de contrahegemonía ante un modelo biomédico que desconoce las interacciones
28 que se cuecen en lo interno de las comunidades. Pero además, los TAPS como conocedores de
29 la biomedicina y de la MT, son articuladores entre estos saberes —en contextos interculturales
30 de atención-autoatención—, aplicando tratamientos de uno u otros saberes en función de los
31 padecimientos de las madres.
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52

53 BIBLIOGRAFIA

54 ACOSTA, A. El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y
55 no tan económicas. *Política y Sociedad*, Madrid, v. 52, n. 2 p. 299-330, 2015.
56 DOI:10.5209/rev_POSO.2015.v52.n2.45203.
57
58
59
60

1
2
3 ALBAN, A.; SELLAN, S.; MORAN, C. L. La salud en los pueblos indígenas: atención primaria
4 e interculturalidad. *Revista Minerva: Multidisciplinaria de Investigación Científica*, Quito, v.
5 1, n. 3, p. 23-34, 2020. DOI:10.47460/minerva.v1i3.14.

6
7
8 ARTEAGA-CRUZ, E. L. Buen Vivir (Sumak Kawsay): definiciones, crítica e implicaciones
9 en la planificación del desarrollo en Ecuador. *Saúde Em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114,
10 p. 907-919, 2017. DOI:10.1590/0103-1104201711419.

11
12
13 ÁVILA, B. T.; ALVES, S. V. Planejamento reprodutivo em área indígena e a busca pela
14 atenção diferenciada: os dilemas entre desigualdade e diferença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo,
15 v. 31, n. 4, p. e200357pt, 2022. DOI:10.1590/S0104-12902022200357pt.

16
17
18 BELINTXON, M.; LÓPEZ-DICASTILLO, O. Los retos de la promoción de la salud en una
19 sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *Anales Del Sistema Sanitario de*
20 *Navarra*, Pamplona, v. 37, n. 3, p. 401-409, 2014. DOI:10.4321/S1137-66272014000300009.

21
22
23 CAMPINHA-BACOTE, J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare
24 Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, Livonia, v. 13, n. 3, p. 181-184,
25 2002. DOI:10.1177/10459602013003003.

26
27
28 CARRASQUILLA, B.; PÉREZ, C. Experiencias del cuidado de enfermería en contexto
29 intercultural. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, Alicante, v. 22,
30 n. 51, p. 124-132, 2018. DOI:10.14198/cuid.2018.51.14.

31
32
33 CEDEÑO, S. et al. Reflexiones sobre las bases conceptuales de la interculturalidad, las
34 problemáticas y retos desde la formación de enfermería. *Revista Científica de Enfermería*,
35 Alicante, v. 10, n. 1, p. 94-108, 2021.

36
37
38 DIAS-SCOPEL, R. P.; SCOPEL, D. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da
39 etnografia das práticas de autoatenção entre os Mundurucu do Estado do Amazonas, Brasil.
40 *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, Sup3, p. e00085918, 2019.
41 DOI:10.1590/0102-311X00085918.

42
43
44 DIEHL, E. E.; FOLLMANN, H. B. C. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a
45 participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. *Texto &*
46 *Contexto-Enfermagem*, Santa Caterina, v. 23, p. 451-459, 2014. DOI:10.1590/0104-
47 07072014000300013.

48
49
50 ECUADOR. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). *Plan Nacional*
51 *de Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito: Edita SENPLADES,
52 Gobierno de Ecuador, 2009. Disponible en: < [http://www.planificacion.gob.ec/wp-](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf)
53 [content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf)>. Acceso: 21
54 dic. 2022.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

ECUADOR. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*.

Quito: Edita el MSP, 2012. Disponible en: <https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf>. Acceso: 27 dic 2022.

ESPINOSA, V. et al. La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 41, p. e96, 2017.

FERNÁNDEZ, G. "CONFESIONES DE MANDIL BLANCO" Profesionales de la salud en el altiplano boliviano. En: FERNÁNDEZ, G. (Dir.) *La Diversidad Frente al Espejo. Salud, Interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya Yala, 2008. p. 29-50.

GALLEGOS, C. A.; WATERS, W. F.; KUHLMANN, A. S. Discourse versus practice: Are traditional practices and beliefs in pregnancy and childbirth included or excluded in the Ecuadorian health care system? *International Health*, XXX, v. 9, n. 2, p. 105-111, 2017. DOI:10.1093/inthealth/ihw053.

HERRERA J. L. et al. Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. *Enfermería Investiga*, Ambato, v. 3, n. 4, p. 180-185, 2018. DOI:10.29033/ei.v3n4.2018.04.

HERRERA, D. et al. Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incomplete project. *Anthropology and Medicine*, Londres, v. 26, n. 3, p. 328-344, 2019. DOI:10.1080/13648470.2018.1507102.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; DIAS-SCOPEL, R. P. O. papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. En: TEIXEIRA, C. C.; GARNEL, L. (Org.) *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 213-239.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. Articulación entre servicios de salud y "medicina indígena": reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud colectiva*, Lamis, v. 13, p. 457-470, 2017. DOI:10.18294/sc.2017.1117.

LÓPEZ-CEVALLOS, D.; CHI, C.; ORTEGA, F. Equity-based considerations for transforming the ecuadorian health system. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 346-359, 2014. DOI:10.15446/rsap.v16n3.34610.

MENÉNDEZ, E. L. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desaratos*, Tlalpan, v. 58, p. 104-113, 2018. DOI:10.29340/58.1999.

- 1
2
3 MENÉNDEZ, E. L. Salud Intercultural: Propuestas, acciones y fracasos. *Ciência e Saúde*
4 *Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2016. DOI:[10.1590/1413-](https://doi.org/10.1590/1413-81232015211120252015)
5 [81232015211120252015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015211120252015).
6
7 NARANJO, J. A. Et al. Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del
8 Ecuador. *Revista cubana de medicina general integral*, La Habana, v. 30, n. 3, p. 375-381,
9 2014.
10
11 PONTES, A. L.; REGO, S.; GARNELO, L. La actuación de agentes indígenas de salud en la
12 región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. *Desacatos*,
13 Tlalpan, n. 58, p. 84-103, 2018. DOI:[10.29340/58.2010](https://doi.org/10.29340/58.2010).
14
15 PULIDO, M. et al. Health competence from a transcultural perspective. Knowing how to
16 approach transcultural care. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, v. 237, p. 365-372,
17 2017. DOI:[10.1016/j.sbspro.2017.02.022](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.022).
18
19 QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: LANDER, E.
20 (Comp.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas*
21 *latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 201-246.
22
23 ROCHA-BUELVAS, A. Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de
24 saberes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1147-1161, 2017.
25 DOI:[10.1590/S0103-73312017000400015](https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400015).
26
27 TORRES, I.; LÓPEZ-CEVALLOS, D. ¿Reforma de salud en Ecuador como modelo de éxito?
28 Crítica al número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública. *Revista Panamericana*
29 *de Salud Pública*, v. 41, p. e148, 2017. DOI:[10.26633/RPSP.2017.148](https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.148).
30
31 WALSH, C. *Interculturalidad, estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época*.
32 Quito: Ediciones Abya-Yala, 2009.
33
34 WALSH, C. *Interculturalidad crítica y (de) colonialidad: ensayos desde Abya Yala*. Quito:
35 Ediciones Abya-Yala, 2012.
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Tabla 1. Participantes y escenarios de las observaciones

N° participantes	N° entrevistas	N° observaciones focalizadas	Escenarios
21	20	12	Extramural (visitas a la comunidad) - En casa de las personas, mientras el equipo de salud visita a madres y el niños. - Durante la campaña de vacunación - Durante la brigada médica. Intramural (en el centro de salud) - En el consultorio durante la atención sanitaria.

Fuente: Elaboración propia

For Review Only

Tabla 2. Periodos de relevo del Año Rural

AÑO	2020												2021			
Trabajo Campo									Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
Grupo 1	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
Grupo 2							Jul	Ag	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr

Periodo 1: de enero 2020 - diciembre 2020

Periodo 2: de julio 2020 - junio 2021

Fuente: Elaboración propia

For Review Only

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Tabla 3. Categorías emergentes a partir de los ejes temáticos

Ejes Temáticos	Categorías
PSol	Relación lingüístico-cultural
	Transmisión de la información salud/enfermedad
	Prácticas maternas de atención
	La competencia y la formación intercultural
TAPS	Rol de los TAPS
	Formación y capacitación
	Práctica médica

Fuente: Elaboración propia





