

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR**

FACULTAD DE MEDICINA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

**PERCEPCIÓN SOBRE CONSIDERACIONES, VALORES EN LA ATENCIÓN Y
MANEJO MÉDICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PACIENTES DE
DIFERENTES GRUPOS CULTURALES QUE ACUDEN A LOS HOSPITALES:
CARLOS ANDRADE MARÍN, METROPOLITANO Y EUGENIO ESPEJO.**

**ALEXANDER PATRICIO PROAÑO REYES
DUVER ALEXIS MOREJÓN CADENA**

DIRECTOR:

Phd (c). FREDDY GONZALO CARRIÓN

QUITO 2023

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis lo dedico principalmente a: Dios quien ha guiado mis pasos para la ejecución de este trabajo, me ha brindado su fortaleza en mis momentos de debilidad y desatino, ha sido mi eterno compañero en el diario trajinar.

A mis padres, quienes, con amor, y paciencia han sido mi fuerza para alcanzar a cumplir hoy un sueño más en mi vida, gracias por ser ejemplo de esfuerzo y perseverancia, de no darme por vencido ante las adversidades porque ellos estuvieron siempre junto a mí.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, durante todo este proceso. A toda mi familia porque a través de sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron que mis sueños y metas sean realidad.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todos mis maestros y maestras, por apoyarme cuando más los necesite, por extenderme su mano en los momentos más difíciles de mi carrera. Gracias a todos siempre los llevare en mi corazón.

Alex y Duver

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Católica del Ecuador por brindar una educación de calidad, a los docentes de la facultad de MEDICINA que con calidez, dedicación y paciencia impartieron sus conocimientos a todos los estudiantes que nos formamos en esta noble institución.

Le agradezco profundamente a mi director de tesis, por su dedicación y tesón, sin sus palabras y correcciones continuas no hubiese podido llegar a este momento tan anhelado. Gracias por su guía y consejos, los llevaré para siempre en mi memoria.

Son muchos los docentes que han sido parte de mi camino universitario, y a todos les agradezco por transferir sus conocimientos para hoy poder llegar a estos momentos.

Finalmente, Agradezco a todos mis compañeros, que muchos de ellos durante el diario caminar se convirtieron en mis más grandes amigos y cómplices. Gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas.

Alex y Duver

ÍNDICE

Tabla de contenido

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO	I
ÍNDICE	II
ACRÓNIMOS:.....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XII
CAPÍTULO I.....	- 1 -
INTRODUCCIÓN	- 1 -
CAPÍTULO II	- 2 -
2. MARCO TEÓRICO	- 2 -
2.1. LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA HOLÍSTICA	- 2 -
2.2. SERVICIOS EN SALUD	- 3 -
2.2.1. CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN SALUD	- 3 -
2.3. INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	- 4 -
2.4. INTERCULTURALIDAD	- 6 -
2.5. COMPLICACIONES INTERCULTURALES DEL SISTEMA SANITARIO A TRAVES DEL ACCIONAR EN EL PASADO.	- 7 -
2.6. DESARROLLO DE SALUD INTERCULTURAL EN EUROPA	- 9 -

2.7. ESTADO DEL DESARROLLO DE LA SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA-	
13 -	
LATINA.....	- 13 -
2.8. PROGRAMAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO SANITARIO EN	
ECUADOR.....	- 15 -
2.9. POLÍTICA DE SALUD INTERCULTURAL EN ECUADOR.....	- 19 -
2.10. EL MODELO SANITARIO ECUATORIANO.....	- 22 -
2.11. PROBLEMAS PARA EL DESARROLLO DE SALUD INTERCULTURAL EN-	
ECUADOR	- 25 -
2.12. SALUD INTERCULTURAL EN LA ACTUALIDAD.....	- 29 -
CAPÍTULO III.....	- 32 -
3. METODOLOGÍA.....	- 32 -
3.1. Justificación.....	- 32 -
3.2. Planteamiento del problema	- 33 -
3.3. Pregunta de investigación.....	- 33 -
3.4. Objetivos de investigación.....	- 34 -
3.4.1. Objetivo General:.....	- 34 -
3.4.2. Objetivos Específicos:	- 34 -
3.5. Hipótesis.....	- 34 -
3.6. Tipo de estudio	- 34 -
3.7. Universo y selección de informantes claves	- 34 -
3.8. Procedimientos de recolección de información	- 38 -
3.9. Instrumentos.....	- 39 -
3.10. Plan de análisis de datos	- 39 -

3.11. Aspectos Bioéticos	39 -
CAPITULO IV	41
4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	41
CAPITULO V.....	45
5. RESULTADOS	45
5.1. Perfil sociodemográfico de la población estudiada.....	45
5.2. Perfil de los informantes.....	46
5.3. Análisis Cualitativo.....	47
5.4. COMUNICACIÓN	47
5.4.1. Perspectivas relacionales compartidas por médico y paciente.	47
5.4.2. Experiencias relacionadas con la asistencia sanitaria	50
5.4.3. Capacidad del personal de salud para compartir información con los pacientes	52
5.4.4. Capacidad del personal sanitario para explicar la enfermedad	55
5.4.5. Capacidad del equipo sanitario para explicar las opciones de tratamiento	57
5.4.6. Comunicación no verbal de los profesionales sanitarios.	60
5.4.7. Comunicación entre profesionales sanitarios durante su formación	61
5.5. ACCESO.....	64
5.5.1. Acceso a los servicios de salud	64
5.1.2. Acceso a la atención medica debido a la condición del usuario	65
5.5.3. Acceso a los centros médicos locales.....	67
5.5.4. Acceso a la medicina complementaria	69

5.5.5. Acceso a servicios de salud por condición migratoria	71
5.5.6. Discriminación de clientes o pacientes por estudiantes de medicina	73
5.6 CONDICION DE USUARIO.....	74
5.6.1. Limitantes terapéuticas por condición ideológica de los usuarios.....	74
5.6.2. Límites geográficos	77
5.6.3. Calidad de la atención prestada por servidores de salud	79
5.7 INFRAESTRUCTURA	81
5.7.1. Disponibilidad de medicina alternativa	81
5.7.2. Uso de dispositivos asistenciales.....	83
5.7.3. Ambiente apto para la atención médica.....	86
5.8. Limitaciones de la investigación	88
CAPÍTULO VI.....	90
6. CONCLUSIONES DE RECOMENDACIONES	90
6.1. CONCLUSIONES.....	90
6.2. RECOMENDACIONES.....	92
ANEXOS.....	104
ANEXO 1	104
ANEXO 2	108
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios de selección de informantes para las entrevistas.....	- 35 -
Tabla 2 Cuadro de operacionalización de categorías.....	- 35 -
Tabla 3 Características Sociodemográficas (I)	45
Tabla 4 Codificación de la entrevista.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Ubicación geográfica del Hospital Eugenio Espejo Quito- Ecuador.	41
Figura 2 Visión panorámica del Hospital Eugenio Espejo. Quito- Ecuador.	42
Figura 3 Ubicación geográfica del Hospital Carlos Andrade Marín Quito- Ecuador.....	43
Figura 4 Visión panorámica del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito- Ecuador.....	43
Figura 5 Ubicación geográfica del Hospital Metropolitano Quito- Ecuador.....	44
Figura 6 Visión panorámica del Metropolitano. Quito- Ecuador.	44
Figura 7 Trato por parte del personal de salud.....	47
Figura 8 Atención del personal de salud.....	49
Figura 9 Experiencias vividas al visitar al médico	50
Figura 10 Experiencias positivas	52
Figura 11 Aclaración de dudas por el personal de salud.....	53
Figura 12 Solventación de dudas	55
Figura 13 Capacidad del personal para dar a entender la enfermedad.....	56
Figura 14 Explicación de la enfermedad.....	57
Figura 15 Capacidad del personal de salud de dar a entender el tratamiento	58
Figura 16 Explicación del tratamiento.....	59
Figura 17 Gestos, muecas, posturas por el personal de salud	61
Figura 18 Comunicación intercultural de los estudiantes	62
Figura 19 Comunicación con estudiantes de medicina.....	63
Figura 20 Rechazo por el personal de salud	65
Figura 21 Trato por condición social	67
Figura 22 Motivos por los que acude al establecimiento de salud.....	67

Figura 23 Motivo de acudir al centro de salud.....	69
Figura 24 Necesidad de terapia complementaria	69
Figura 25 Necesidad de terapias complementarias	71
Figura 26 Evasión por miedo a ser deportado.....	73
Figura 27 Discriminación por parte de los estudiantes	74
Figura 28 Resalta la controversialidad, el principio de autonomía y beneficencia, restricción, individualidad y empatía.....	76
Figura 29 Dificultad de movilización a centros de salud.....	77
Figura 30 Movilización dificultosa	78
Figura 31 Capacidad del personal medico	79
Figura 32 Personal de salud capacitado	81
Figura 33 Apertura a tratamientos alternativos.....	83
Figura 34 Dispositivos asistenciales	84
Figura 35 Aplicación de dispositivos asistenciales.....	85
Figura 36 Ambiente adecuado para la atención medica	86
Figura 37 Ambiente adecuado	88

ACRÓNIMOS:

SESCAM: Servicio de Salud de Castilla La Mancha

OP: Políticas Operativas

UE: Unión Europea

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

AIEPI: Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

MPS: Ministerio de Salud Pública

DNSPI: Dirección Nacional de Salud Indígena

APS: Atención Primaria de Salud

MAIS: Modelo de Atención Integral e Integrada de Salud

BID: Banco Internacional de Desarrollo

AUS: Adecuación Cultural de los Servicios de Salud

RESUMEN

El concepto de interculturalidad introduce una visión dinámica de las culturas y busca reducir los riesgos de intolerancia étnica, racial y cultural. Se concentra en los procesos de escalada de la interacción sociocultural en un contexto de globalización en la economía, la política y las ideologías, así como la revolución tecnológica en las comunicaciones y el transporte.

El estado ecuatoriano reconoce el desarrollo de los saberes ancestrales entre las nacionalidades y comunidades indígenas, entre mestizos, cholos, campesinos y serranos, así como a la medicina tradicional y alternativa, además, respeta, fomenta e incorpora la atención al sistema de salud. Artículo 360 de la Constitución Política de la República del Ecuador. Con lo descrito anteriormente, pareciera que el Ecuador cuenta con un sistema de salud de clase mundial; Sin embargo, hay que recordar que lo que se lee al final es realmente una formalidad. La Constitución no refleja la realidad. Es un ideal, o lo que uno aspira a lograr, pero lograrlo requiere un cambio en el pensar de la sociedad en todas las escalas, lo cual es un desafío y requiere mucho tiempo. Si bien es cierto que la Constitución vigente tiene disposiciones relacionadas con la idea de que la salud debe ser un bien compartido, también es cierto que el día a día en los hospitales es muy diferente.

Objetivo: Describir la percepción acerca de consideraciones y valores interculturales en atención a pacientes de diferentes grupos culturales, que acuden a los hospitales: Carlos Andrade Marín, Metropolitano y Eugenio Espejo.

Metodología: Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo de tipo etnográfico, con de 33 participantes de diferente categoría (edad, sexo, religión, etnia, ideología, etc.), con el criterio de ser usuarios del sistema de salud ecuatoriano de los hospitales Carlos Andrade Marín, Metropolitano y Eugenio Espejo, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada de manera presencial.

El análisis del estudio fue de tipo temático, para mayor obtención de información sobre el tema, atención de salud intercultural en el estado ecuatoriano. La información obtenida se transcribió y fue agrupada en categorías y subcategorías para facilitar su comprensión.

Resultados: Se pudo observar como las personas se refieren a la calidad de las consideraciones y de los valores interculturales que el personal sanitario brinda al momento de atender a la población, es así que luego de este estudio no se encuentran diferencias en la disponibilidad de estos servicios en las instituciones estudiadas; conociendo que el personal médico proporciona atención de alta calidad que se individualiza para las necesidades de cada paciente, respetando siempre las creencias de la cultura y la cosmovisión del universo del individuo, brindando constantemente apoyo emocional con calidad y calidez.

Conclusiones: El personal médico proporciona una atención de alta calidad, adaptada a las necesidades individuales del paciente, respetuosa con las creencias, la cultura y la visión del mundo del individuo, y que le brinda apoyo emocional.

Palabras claves: Culturalismo, Etnicismos, Interculturalidad, Medicina Alternativa, Medicina ancestral

ABSTRACT

The concept of interculturality introduces a dynamic vision of cultures and seeks to reduce the risks of ethnic, racial, and cultural intolerance. It focuses on the escalating processes of socio-cultural interaction in a context of globalization in economics, politics and ideologies, as well as the technological revolution in communications and transportation.

The Ecuadorian state recognizes the development of ancestral knowledge in indigenous nationalities and communities, among mestizos, cholos, peasants, and mountain rangers, as well as traditional and alternative medicine. In addition, it respects, promotes, and incorporates care into the health system. Art. 360 of the Political Constitution of the Republic of Ecuador. With what it describes above, one understands that Ecuador has a world-class health system; However, one must remember that what it reads at the end is a formality. The Constitution does not reflect reality; It is an ideal, or what one aspires to achieve, but achieving this requires a change in the thinking of society at all levels, which is challenging and time-consuming.

Objective: To describe the perception of intercultural considerations and values in caring for patients from different cultural groups who attend the hospitals: Carlos Andrade Marín, Metropolitano, and Eugenio Espejo.

Methodology: A qualitative, descriptive ethnographic study, with 33 participants of different categories (age, sex, religion, ethnicity, ideology, etc.), with the criteria of being users of the Ecuadorian health system of the Carlos Andrade Marín, Metropolitano, and Eugenio Espejo, who were interviewed in a semi-structured face-to-face interview.

The analysis of the study was of a thematic type to obtain more information on the subject of intercultural health care in the Ecuadorian state. The information obtained transcribes and grouped into categories and subcategories to facilitate understanding.

Results: It was possible to observe how people refer to the quality of the considerations and intercultural values that the health personnel provide when attending the population, so that after this study there are no differences in the availability of these services in the institutions studied; knowing that the medical staff provides high quality care that is individualized to the needs of each patient, always respecting the beliefs of the culture and worldview of the universe of the individual, constantly providing emotional support with quality and warmth.

Conclusions: Medical staff provides high-quality care tailored to the individual needs of the patient, respectful of the individual's beliefs, culture, and worldview, as well as providing emotional support.

Keywords: Culturalism, Ethnicisms, Interculturality, Alternative Medicine, Ancestral Medicine

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Podemos entender mejor la salud y la enfermedad si las consideramos como el resultado de factores históricos, culturales, sociales y económicos. En el complejo mundo de esta dualidad en América Latina, chamanes, curanderos, médicos, enfermeras, predicadores y protestantes desempeñan un papel importante. Además, existen numerosas perspectivas culturales, y prácticas médicas que a veces funcionan en armonía y a veces se contraponen entre sí.

El sistema sanitario se enfrenta a importantes retos a la hora de prestar asistencia de salud de calidad a una población cada vez más diversa, a pesar de que muchos pacientes pertenecientes a minorías prefieren médicos congruentes desde una perspectiva étnica y lingüística. Sin embargo, dado el insuficiente número de médicos étnica y lingüísticamente preparados, existen una serie de dificultades que pueden considerarse barreras internas, atribuibles al propio paciente, mientras que otras pueden ser externas, dependientes de factores sociales, laborales, contextuales, en determinados momentos los profesionales sanitarios se han sentido limitados en la capacidad de comunicarse satisfactoriamente con un paciente, especialmente por casos de idioma.

Es esencial que los profesionales enfrenten estos retos y los sistemas sanitarios desarrollen una perspectiva multicultural, aceptando los contrastes culturales y respetando la variedad cultural de los enfermos y sus familias, garantizando de esta forma que todos los individuos independientemente de su idioma o nivel educativo, pueda acceder a los servicios hospitalarios y comprenderlos.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA HOLÍSTICA

La salud y la enfermedad no son simplemente consecuencias de las circunstancias físicas del ser humano, sino que de forma holística son el resultado de elementos verdaderos, formativos, sociales y financieros. Entendiendo esto, se puede tener una mejor comprensión de cómo surgen dichos problemas. Santiguadores, curanderos, chamanes, galenos, enfermeras, misioneros y otros tipos de profesionales tienen un papel que desempeñar en el complejo sistema de salud y enfermedad en toda América Latina.

(1)

Existe una diversidad de puntos de vista culturales, cosmovisiones y métodos terapéuticos, que pueden complementarse o entrar en conflicto según el contexto, interpretado esta dinámica de impedimento y complementos en el marco de las técnicas de relación y contraste que se producen entre las clases sociales y económicas dominantes y las clases subalternas. En este contexto, se conceptualiza la dinámica entre la medicina hegemónica que monopoliza la estructura de poder, el capital económico y la medicina subalterna que es marginada y carece de reconocimiento dentro de la sociedad.

Es fundamental destacar la influencia hispánica que ha configurado un modelo cultural occidental que con el tiempo se convirtió en el modelo cultural preeminente en la mayor parte de las naciones latinoamericanas. Este modelo cultural ha estado vigente desde el siglo XVI, primero durante el periodo colonial y luego durante el periodo de la independencia. Los europeos, y los españoles en particular, fueron los que primero construyeron un modelo institucional y las estructuras que más tarde se convertirían en el modelo cultural que prevalece en la actualidad. Por otro lado, aún existen tradiciones culturales indígenas que, si bien fueron destronadas por los conquistadores, no fueron totalmente anuladas. Esto se debe a que algunas de estas tradiciones se han transmitido de generación en generación.

La consolidación de determinadas tradiciones culturales que han perdurado hasta nuestros días ha sido gracias a la resistencia de los pueblos. (1)

Para concluir, es importante hablar de las costumbres mestizas, que nacieron como resultado de la relación y la interacción entre el legado cultural hispano-occidental y las múltiples tradiciones culturales indígenas. Esto aclara la aparición de modelos culturales concentrados o culturas públicas que, en algunos casos, han incorporado culturas de otros lugares, por ejemplo, las tradiciones afrocubanas o afrobrasileñas. Estos son ejemplos de modelos culturales intermedios, reformulaciones de tradiciones diferentes, que dieron lugar a la aparición de culturas mestizas, que hoy constituyen el centro de la cultura latinoamericana actual. Esta cultura es el producto de la interacción entre las tradiciones occidentales e indígenas, y se creó como resultado del contacto entre estas dos tradiciones.

2.2. SERVICIOS EN SALUD

2.2.1. CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN SALUD

El Consejo de Delegados del Movimiento Internacional de la Cruz Roja, realizado el 23 de junio del 2022 en Ginebra, analizó la calidad de los servicios sanitarios que se están convirtiendo en una preocupación cada vez más acuciante para muchas organizaciones nacionales e internacionales. Ello ha dado lugar a estudios sobre la capacidad de respuesta y la claridad con que el personal sanitario atiende las consultas y quejas de los pacientes, así como su disposición a adoptar y defender prácticas más eficaces. La calidad de la atención salubre es un tema significativo en la estrategia sectorial de Ecuador, porque se considera un derecho humano básico y porque el país otorga un gran valor al bienestar y la complacencia de los pacientes.(2)

Muchos pacientes pertenecientes a minorías buscan médicos que entiendan su idioma, pero el sistema sanitario se enfrenta a importantes retos para solucionar las necesidades de una población de pacientes cada vez más desigual.(2) Sin embargo, la falta de médicos cultural y lingüísticamente

competentes plantea varios retos. En algunos casos, el paciente puede ser una barrera, mientras que en otros pueden intervenir factores externos, como el entorno social, profesional, cultural, etc., del paciente. Las barreras internas indican que algunas personas pueden hacer todo lo posible (influidas por factores como el miedo al dolor o el sentimiento de culpa) para evitar buscar atención médica. Las personas que se encuentran en un limbo legal pueden experimentar dificultades adicionales, como el miedo a tener que mostrar su identificación antes de recibir atención. La dificultad para comunicar ideas es otra cuestión que puede interponerse en el camino. La confianza de un profesional sanitario en su capacidad para transmitir la información necesaria a un paciente puede acabar disminuyendo, sobre todo si existe una barrera lingüística.

La falta de comprensión o confianza en los síntomas descritos por pacientes de distintos orígenes culturales lleva a los profesionales sanitarios a solicitar un número excesivo de pruebas, y los pacientes prefieren no buscar los servicios que necesitan en los centros sanitarios públicos; por tanto, vincular a todos los pacientes, independientemente de su situación financiera, es fundamental. Sabiendo que una comunicación eficaz es fundamental para realizar diagnósticos precisos y ofrecer un tratamiento adecuado.

2.3. INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para perfeccionar los resultados sanitarios en una sociedad cada vez más diversa, los profesionales médicos deben prestar una atención que no entrañe riesgos y que esté centrada en el paciente. Un médico culturalmente competente que comprende e interactúa exitosamente con personas de otras culturas, lucha fundamentalmente por eliminar las disparidades sanitarias y las desventajas sociales de los pacientes, independientemente de su raza o etnia. Según Martínez (2006), una competencia cultural es la capacidad de comunicarse con fluidez y éxito con personas de diferentes orígenes culturales. Para atender adecuadamente a sus pacientes, los médicos deben ser conscientes de

cómo los antecedentes culturales de sus pacientes afectan a sus perspectivas sobre la salud y cómo practican la medicina preventiva. Cualquier organización que preste asistencia sanitaria y tenga como propósito mejorar la mala salud de una población tiene el deber moral de asegurar que todos los procesos de tratamiento sean de la mayor calidad posible. Cuando las personas solicitan atención médica en un hospital, confían en que se satisfarán sus necesidades y en que la operación se llevará a cabo con éxito. En estas actividades, el usuario consigue que sea él quien decida el grado de apreciación de la calidad de la ayuda recibida, empezando por el momento en que llega con el objetivo de recibir el servicio y continuando por la asistencia posterior al mismo. La intensidad del sondeo del usuario refleja hasta qué punto está dispuesto a ceder a su deseo.

Comprender las causas de las mayores tasas de enfermedad y muerte entre los indígenas, a pesar de la cobertura del régimen de salud, es crucial debido a la disparidad entre las situaciones de vida de los indígenas y las del resto de la población. La competencia intercultural crea un papel importante al momento de salvaguardar la distancia entre la cosmovisión occidental e indígena. Así, el paradigma de la salud indígena se reconoce como una impugnación cultural a la necesidad de promover la salud y abordar la enfermedad. (3)

En este concepto, el bienestar de una persona no solo viene determinada por su diario vivir, sino por su nivel de conexión con el mundo natural, su yo interior, lo sobrenatural y su grupo social. El bienestar de una persona también depende de si está o no en armonía con su grupo social. Este paradigma ha sido infravalorado por los científicos en el pasado, pero los nuevos descubrimientos sobre la comprensión intercultural han llevado a comprender que la salud asimismo debe ser intercultural, y que las políticas públicas deben incorporar esta comprensión si quieren producir los resultados deseados entre la población a la que van dirigidas. Para implementar estas políticas públicas es imprescindible contar con voluntad y agenda política, organización suficiente en los centros de salud y capacitación

intercultural de los galenos de la salud como parte de su formación técnica, tecnológica, profesional y de postgrado. La capacitación, el uso de lenguas indígenas locales, la provisión de alimentos y equipos tradicionales, la plática respetuosa con los médicos tradicionales y la atención humanizada son componentes esenciales de esos programas gubernamentales. De esta manera, todos tienen acercamiento a una atención médica de calidad que respeta sus propias creencias y costumbres. (3)

2.4. INTERCULTURALIDAD

El término intercultural apareció por primera ocasión en Alemania en 1979. Las prácticas educativas que respetan los derechos humanos, la multiplicidad cultural, el poder, el valor del multiculturalismo, el fortalecimiento de las bases culturales, el proceso de aprendizaje mutuo entre culturas, el diálogo cultural basado en relaciones interactivas y la paridad de oportunidades para todos los seres humanos lo tienen como principio central.

El concepto de interculturalidad ha comenzado a reemplazar al de biculturalidad en América Latina, pues ya no es posible hablar de individuos que son miembros tanto de su cultura nativa como de la adoptiva. En una sociedad globalizada, donde cada vez se comparten más valores, creencias y prácticas culturales, es cierto que persisten afirmaciones identitarias que proporcionan fuerza y sentido a un entorno pluricultural. Por este motivo, el concepto de interacción intercultural ha surgido como un importante tema de debate. El campo de investigación conocido como "interacciones interculturales" examina cómo individuos de diferentes orígenes culturales pueden trabajar juntos para alcanzar un objetivo común. (4)

El concepto de interculturalidad como medio de coexistencia entre las múltiples culturas que componen una sociedad local es relativamente nuevo. “Para asegurar el desarrollo de sociedades nacionales cohesionadas, pretende responder a la situación sociopolítica y económica, así como a los intereses y necesidades reales de las personas, las comunidades y los pueblos” (5). Esto debería facilitar

que la nación abrace su identidad multicultural y que sus ciudadanos vean la maravillosa diversidad que existe entre ellos.

La palabra "interculturalidad" ha venido a significar, en pocas palabras, un sistema de comunicación que fomenta la cohesión del grupo, el desarrollo de un sentido de identidad cultural y la apreciación de las creencias y prácticas de otras sociedades.

El objetivo de la interculturalidad es proporcionar una comprensión más matizada de las múltiples culturas del mundo para mitigar los efectos negativos del esencialismo, el etnicismo y el culturalismo. La globalización económica, la globalización política, la globalización intelectual y la revolución tecnológica en las comunicaciones y el transporte están contribuyendo a un proceso más intenso y diversificado de interacción sociocultural.

Decimos que un profesional o servicio, hospital, centro de salud, etc., es "interculturalmente competente" cuando es capaz de proporcionar a los pacientes y usuarios de culturas minoritarias no dominantes la información y orientación sanitarias que realmente necesitan, en términos que puedan comprender, de acuerdo con sus valores, creencias y prácticas. Para que puedan llevar a cabo las conductas necesarias para cumplir las recomendaciones terapéuticas o desarrollar buenos hábitos de conducta, y beneficiarse así de la atención sanitaria que reciben en pie de igualdad con los individuos de la cultura mayoritaria. (4)

2.5. COMPLICACIONES INTERCULTURALES DEL SISTEMA SANITARIO A TRAVES DEL ACCIONAR EN EL PASADO.

Debido a las malas condiciones de vida y la falta de acceso al agua potable, la atención médica y los servicios básicos de saneamiento, los migrantes y los grupos indígenas han enfrentado históricamente mayores barreras para recibir atención médica competente que la población general. Muchos de estos pueblos viven en áreas rurales y con frecuencia enfrentan riesgos para la salud significativos. (5) Durante

el último cuarto de siglo, ha existido un patrón de iniciativas sanitarias en comunidades indígenas que han extrapolado patrones urbanos (urbano-marginales) reñidos con las realidades sociales y la idiosincrasia de estos grupos, lo que ha dado lugar a resultados ineficaces y despilfarradores.

Algunos ejemplos de medicina ancestral son las prácticas de los Andes, África y América. En comparación con la medicina occidental, la medicina andina es única en el sentido de que se basa en una lógica integradora y armonizadora. (5) Esta línea de razonamiento no ignora, sino que reconoce su valor. Se fundamenta en el principio del *sumak kawsay*. Este término se incluyó en la Constitución en 2008 del Ecuador, pero parece carecer de un equivalente en español. Aunque se ha traducido al español como “Buen Vivir”, se ha degenerado el significado original de las sílabas que componen la frase. La palabra para grandeza, *sumak*, está estrechamente relacionada con la palabra para vida, *kawsay*. Por lo tanto, “vida plena”, una cualidad que madura y trasciende su contexto original, es el término más apropiado. En la medicina andina, por ejemplo, la expresión “*sumak kawsay*” se refiere a un espectro de existencia mucho más amplio que lo humano, lo natural, lo ancestral y lo celestial. Considera que estos cuatro elementos son interdependientes, con una conexión horizontal definida por el culto y el aprecio. Esta perspectiva sostiene que la salud sólo puede alcanzarse cuando estas cuatro condiciones están en equilibrio entre sí.

También considera crucial la reciprocidad, que considera un valor esencial que modifica la estabilidad de estos cuatro factores (dar para recibir). La aparición de enfermedades, según la medicina andina, demuestra que estos dos criterios no se efectúan. Aunque los indígenas son el grupo demográfico más frecuentemente asociado a la medicina no occidental o alternativa, es igualmente importante incluir las perspectivas de las comunidades afroecuatorianas y montubias. Gozar de buena salud forma parte del “buen vivir”, o *sumak kawsay*, como consta en la Constitución. Estos grupos defienden un enfoque que considera el todo antes de ocuparse de sus partes. Se basa en la relatividad, la teoría de que no hay leyes

absolutas, sino procesos específicos de cada contexto. Kawsay significa vivo, en quichua, y el modo de vida quichua se refleja en las actividades habituales. Los doctores de la medicina no occidental pueden aprender de sus experiencias ordinarias, como cualquiera. Es una vocación noble, pero sólo un puñado selecto decide dedicar su vida a ella. Su filosofía, basada en la experiencia práctico-espiritual que adquieren en su vida cotidiana y en la que el ritual desempeña un papel importante, les enseña a interactuar con el llamado "pariverso" y a comprenderlo. (En el pensamiento andino, el universo mismo tiene cualidades masculinas y femeninas, porque todo es dual-sexual).(6)

Las dos partes son muy diferentes y, sin embargo, complementarias. Además, el proceso de dar a luz es necesario para la creación de cada objeto; en otras palabras, todo es el resultado de la cooperación de al menos dos individuos. Por lo tanto, puesto que la creatividad es el efecto del esfuerzo de muchos individuos, estas personas deben permanecer en estrecho contacto entre sí y llegar a un consenso para preparar el camino a conexiones que sean complementarias y proporcionales y, por lo tanto, comunitarias).

La experiencia es crucial para ser un jambi-yachak y, como ya hemos comentado, es algo que se adquiere simplemente viviendo. Este evento es análogo a un proceso de fortalecimiento del cuerpo, el intelecto, las emociones y el alma, y su único propósito es promover la armonía entre la comunidad divina, la comunidad humana, los ancestros y la naturaleza. Según la medicina andina, la enfermedad se produce cuando se rompe la armonía entre estos cuatro factores, específicamente cuando se rompe la dependencia entre ellos y cuando se rompe la reciprocidad entre ellos.

2.6. DESARROLLO DE SALUD INTERCULTURAL EN EUROPA

Para servir mejor a las comunidades indígenas, la Política Operativa Indígena del Banco Mundial (OP765), publicada en 2006, requiere que el Banco considere las necesidades específicas de las comunidades indígenas y apoye proyectos que promuevan el “desarrollo con identidad indígena”. Un tema de

política es la necesidad de brindar respuestas cultural y socialmente aceptables al desafío de extender el acceso y mejorar la calidad de los servicios sociales, particularmente en las áreas de salud y educación.

La política exige que el banco costee programas que mejoren la atención sanitaria adaptando y articulando los servicios de salud pública para incluir las formas indígenas de conocer, practicar y valorar la salud. La política también ordena la preservación y mejora de la preparación en salud y curación indígena siempre que sea factible. Además, fomenta la creación de proyectos piloto que patrocinen los sistemas de salud interculturales. En el entorno de la Unión Europea (UE), el diálogo intercultural se considera un instrumento para que todos los individuos que viven en la Unión Europea adquieran los conocimientos y actitudes que les permita desenvolverse en un entorno más abierto y desafiante. (7)

Cuando se abordan interrogantes sanitarias que traspasan las fronteras culturales, es importante replantearse y cuestionar el statu quo medico actual. Cualquier interacción entre individuos o grupos sociales de diversos orígenes culturales se denomina intercultural. Es un proceso en el que los asistentes se enriquecen y modifican unos a otros sin dejar de ser los que son, que es una suerte de complementariedad vivida, que tienen que ver con temas de alteridad o diferencia (otra cultura, filiación política, género). Por esta razón, va aún más allá de la relación entre raza y etnia, nuestra imagen mental de un mundo de salud transcultural optima es un mundo donde las desigualdades ya no existen. Después de todo, es lo que se desea alcanzar. Si miramos nuestro país en su conjunto, siempre se ha caracterizado por la desigualdad. Las llamadas poblaciones "indígenas" no solo son los grupos más desfavorecidos económica y socialmente, sino también carecen de acceso a la atención médica. Por lo tanto, la discriminación económica es uno de los principales motivos de las desigualdades en salud y una distribución más justa del dinero podría ser una solución. El capitalismo y la salud ha estado estrechamente vinculados durante mucho tiempo, ya no se considera un derecho humano básico

y sus titulares ya no garantizan un nivel de vida mínimo a cambio de su dinero. Debido a que su crecimiento no estuvo limitado por consideraciones de calidad, eficiencia o eficacia, fue etiquetado como demasiado exclusivo. El sistema filosófico occidental, en el que términos binarios como "centro" y "margen", "dominante" y "subordinado" son la norma, que han encontrado su lugar en el campo de la medicina. Aquí es donde intervienen los pacientes y los médicos.

La “salud intercultural” debe existir mientras la relación médico paciente sea estrictamente jerárquica. Por lo que se debe mantener una relación conversacional estrictamente horizontal e igualitaria, esto de hecho es imprescindible. En las siguientes condiciones:

- El paciente debe ser libre para tomar sus propias decisiones, y también debe tener la última palabra sobre el tipo de tratamiento médico que se le proporciona. Que el modelo sanitario utilizado para tratar su dolencia o enfermedad sea el que él elija.

- Todos los individuos que habitan en el mismo espacio deben tener igual acceso a la atención médica.

De la misma forma, el personal sanitario tiene derecho a estar informado sobre todos los modelos de atención sanitaria utilizados en el país y como encajan en el marco más amplio del servicio nacional de salud.

- El derecho a una atención sanitaria de calidad.
- Estar protegido contra cualquier daño.

Mientras que fomentar el diálogo intercultural contribuirá a conseguir el objetivo primordial del Consejo Europeo de defender y promover los derechos humanos, la democracia y el Estado Derecho sobre la base de la igualdad, las iniciativas de diálogo intercultural de la Unión Europea (UE) tienen como principal objetivo construir una sociedad cohesionada que respete y valore a sus muy diversos ciudadanos. Por último, pero no por ello menos importante, el consejo de Europa ha puesto en marcha

desde 1993 hasta la actualidad una serie de programas que han contribuido al diálogo intercultural.

Entre ellos figuran para la Protección de las Minorías Nacionales (1995), el establecimiento de la Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia y el lanzamiento de la Campaña Europea de la Juventud contra el racismo, el antisemitismo, la xenofobia y la intolerancia. (Todos diferentes, todos iguales). (8)

Las barreras de comunicación entre los provisos de servicios y los clientes con un conocimiento limitado de la lengua del país acogida son habituales en España, y para salvarlas existen mediadores interculturales como interpretes sanitarios. En el sector de la salud, los intermediarios tienen un conjunto de responsabilidades más amplias y variadas que los traductores, que se limitan a proporcionar traductores, que se limitan a proporcionar imparcialmente información coherente con el texto de origen. Estas responsabilidades incluyen informar a otros miembros del equipo de atención médica sobre los antecedentes culturales de los pacientes, enseñar a los pacientes sobre el sistema de atención médica y sus servicios, participar en iniciativas de promoción de la salud y resolver conflictos entre pacientes y proveedores de atención médica.

En conclusión, los mediadores pueden intervenir con voz propia y forma parte de su trabajo garantizar la satisfacción de las necesidades de ambas partes. Desde octubre de 2007 hasta diciembre de 2012, “las áreas de salud de Toledo y Talavera de la Reina se beneficiaron de un servicio de mediación social intercultural prestado por el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), Médicos del Mundo y la Universidad de Castilla-La Mancha a través de un convenio de colaboración. En 2009 se amplió la cobertura de este servicio a los barrios de Alcázar de San Juan y Tomelloso”. El objeto de este servicio era facilitar la comunicación y el entendimiento entre los pacientes inmigrantes y los profesionales sanitarios actuando como mediador lingüístico y cultural. Esto ayudaría tanto a los

pacientes como a los proveedores a sentirse más cómodos haciendo preguntas y respondiéndolas con sinceridad.

2.7. ESTADO DEL DESARROLLO DE LA SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA

En 2002, Venezuela estableció la primera agencia de salud indígena, marcando el principio de una serie de eventos que provocaron, entre otras cosas, cambios transculturales en los hospitales indígenas del país. Las actividades incluyeron la creación de albergues o "casas residenciales interculturales" para familias indígenas en hospitales venezolanos, especialmente para la atención intercultural a mujeres indígenas durante el embarazo, trabajo de parto y parto.

Además, se llevaron a cabo cursos de capacitación para el personal de salud encargado de la atención médica. Como resultado de estas actividades, se establecieron 24 establecimientos de salud indígena en todo el país, incluyendo hospitales de tercer nivel en Caracas y Maracaibo.

En julio de 2005 se llevó a cabo la primera sesión de planificación del Comité Andino de Salud Intercultural luego del Simposio Internacional de Salud Intercultural realizado ese mismo mes. En noviembre del mismo año, el Organismo Andino de Salud apoyó la conferencia Hipólito Unanue en Lima, Perú, donde se constituyó la Comisión Andina de Salud Intercultural. Ministros de salud de las naciones de la región andina ya aprobaron esta comisión, a la que vale la pena prestar atención (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela). Su objetivo primordial es mejorar la salud indígena mediante el fortalecimiento de las agencias gubernamentales que brindan servicios culturalmente apropiados e implementan políticas públicas únicas relacionadas con la salud intercultural. Estos dos objetivos juntos conducen al éxito. Al mismo tiempo, se tomaron medidas para sistematizar las experiencias exitosas y no exitosas en el campo, capacitar a los trabajadores de la salud y desarrollar

medidas de adaptación transcultural en la atención primaria y secundaria de salud pública. Este plan de acción se encuentra actualmente en realización. (9)

La salud transcultural, definida como el proceso de influir en diferentes conceptos y prácticas de tratamiento de enfermedades de diferentes sistemas médicos (ancestrales u occidentales), se formalizó como política oficial en Colombia en 2014. El objetivo de esta política es estructurar y completar el proceso de tratamiento, las estrategias de tratamiento, las medidas preventivas y curativas de enfermedades, accidentes y muertes en un contexto multinacional. Muchas comunidades indígenas se pueden encontrar en toda Colombia, incluidas las comunidades afrocolombianas. En muchos países de las Américas, la medicina tradicional es una opción importante para satisfacer la atención en salud, porque integra prácticas culturales ancestrales, involucra a practicantes tradicionales con ayudantes transculturales, utiliza lenguas nativas en el sistema de salud y adapta formas e inquietudes de prácticas occidente a las tradicionales y viceversa. “Estos esfuerzos han sido reconocidos por varias organizaciones mundiales de salud, incluidas la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas organizaciones han buscado apoyar y abogar por políticas que busquen nuevas formas de construir puentes entre estos medicamentos y los sistemas de salud tradicionales”. (10)

Muchos programas destinados a mejorar la salud de las poblaciones indígenas han sido financiados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por ejemplo, en 2006 el elemento comunitario de la estrategia, Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), ya lanzó iniciativas en varias áreas pobres en más de diez países de América Latina como parte de su enfoque multicultural. Pailavir en Bolivia y Huancané en Perú son dos ejemplos de muchos asentamientos pobres que son comunidades indígenas. “Logra logros significativos en su misión de ayudar a quienes más lo necesitan”. (11) Siendo una sociedad multiétnica, el primer paso para brindar

atención médica efectiva en Ecuador es identificar los antecedentes culturales de cada paciente. La práctica médica competente que se adapta a las diferencias culturales es una forma de lograr este objetivo. También debe haber un cambio de actitud, no sólo superficial, para que el "otro", en este caso los diferentes pacientes que se tratan, sea "interpretable" e "interprete" y por tanto real y válido. La idea de que los médicos necesitan cambiar su forma de pensar crea mucha resistencia y miedo. El objetivo es hacer que la gente cuestione sus patrones de pensamiento establecidos. Recordemos que el pensamiento ya no es propiedad de una persona, sino que está sujeto al control de otra. Para que el pensamiento sea recíproco y adaptativo, debe romper la dicotomía sujeto-objeto y abrirse no solo a nuevos conocimientos, sino también a nuevas formas de pensar el mundo y de relacionarse con los demás. La voluntad de considerar la posibilidad de error es esencial para pensar. La gente tiende a temer los enfoques médicos alternativos debido a la arrogancia de quienes afirman haberlos reducido a su visión. Sin embargo, este enfoque solo aliena a los pacientes de su propia identidad, quitándoles toda agencia. "Innovación" se ha utilizado tradicionalmente para describir la "modernización" de la cultura para adaptarse al próspero mundo occidental. Además de mejorar la innovación, la competencia intercultural también facilita la integración de tradiciones culturales no occidentales en la sociedad occidental. Aprender sobre otras culturas es otro beneficio de la comunicación intercultural. Aprender sobre otras culturas es posible no solo en el aula, sino también en situaciones reales. Lo principal es estar juntos, por lo que conseguirlo no es difícil.

2.8. PROGRAMAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO SANITARIO EN ECUADOR.

Durante la historia del Ecuador, fue una de las zonas que menos atención recibió por parte de los gobernantes. Históricamente, los hospitales públicos y otras instalaciones de atención médica han

luchado con una carga abrumadora de pacientes y una escasez de personal y equipo. En 2009, había 186 hospitales financiados con fondos públicos, mientras que el sitio web de Estadísticas y Censos Nacionales (INEC) enumeraba 52 hospitales privados. A pesar de que hay muchas menos personas que pueden pagar la atención médica privada que las que no pueden, hay 356 hospitales públicos menos. A pesar de la declaración oficial del país de que el país es internacional (es decir, reconoce y respeta muchas formas de vida y pensamiento), la práctica médica en las instituciones estatales se ha ajustado en gran medida al sistema biomédico occidental.

Desde la fundación del Ministerio de Salud en 1967, se ha tratado de romper esta barrera con la política de gratuidad de los servicios públicos, pero actualmente los limitados recursos del sector salud lo impiden. Hay varios elementos culturales, políticos y económicos que intervienen en el acceso de una persona a la atención médica en el Ecuador.

Es el problema financiero lo que ha dificultado el acceso, especialmente para las partes más pobres de la comunidad. Además, la política fue un factor importante para garantizar el acceso.(12) Se espera que todos los ciudadanos ecuatorianos estén adecuadamente protegidos y tengan derecho a la salud para enfatizar que la salud no es una mercancía sino un derecho humano. La Constitución reconoce que el derecho a la salud está interrelacionado con otros derechos humanos básicos, como el derecho al agua potable, a la alimentación nutritiva, a la educación digna, al trabajo digno, a la protección social, a una comunidad segura y al cuidado de la salud. Al prestar especial atención a estos derechos, esperamos que todos los niveles de la sociedad trabajen juntos para abordar los problemas de salud, brindar atención de calidad a los ciudadanos y mantener la privacidad de sus datos personales. También se supone que, al implementar la estructura descentralizada de la república en todos los niveles, será posible reducir los problemas de salud. Todos los niveles de atención, incluidos el diagnóstico, el tratamiento, la medicación y los programas de rehabilitación, estarían cubiertos por un sistema de salud público financiado con

fondos públicos. El derecho a la salud fue agregado a la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, pero fue reconocido en Ecuador antes de la ratificación de la Constitución en 2008.

El texto afirma que este es un derecho humano básico y parte integral del plan de desarrollo a largo plazo del país. El artículo 32 establece que “el Estado garantiza el derecho a la salud sin exclusión alguna”. A diferencia de sus predecesores, esta constitución se basa en ideas innovadoras para justificarla. Los tres más importantes son el enfoque intercultural, intergeneracional y la perspectiva de género. Desde esta perspectiva, la salud se vuelve más que un privilegio, se convierte en una responsabilidad personal y colectiva de todos en la sociedad, la cultura y la religión. Las modificaciones de 2008 también mejoraron significativamente la posición del régimen nacional de salud en la sociedad. La constitución anterior no preveía una estrategia clara para este grupo. “Los programas y trabajos de salud pública son gratuitos para todos. Los servicios de salud pública son para quienes los necesitan. Los servicios de emergencia no se niegan injustificadamente en instalaciones públicas o privadas”. (13) “El país promueve una cultura de la salud y la vida con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de las madres y los niños, así como la salud sexual y reproductiva, en colaboración con la sociedad y los medios de comunicación. Implementa programas destinados a eliminar el alcoholismo y otras adicciones a las drogas. (14) En esta sección, vemos que las metas del sistema de salud no se limitan, y la salud está más enfocada en las madres y los niños.

Por otro lado, el artículo 358 de la Constitución, ratificada en 2008, dice directamente: “El sistema del Plan Nacional de Salud tiene por objeto desarrollar, proteger y restablecer las capacidades y oportunidades necesarias para una vida sana e integral, tanto en el plano individual como en el colectivo y reconoce la diversidad social y cultural”. El sistema se rige por los ideales amplios del sistema nacional inclusivo, los ideales de igualdad social, los ideales de suficiencia e interculturalidad, y los ideales de la bioética con orientación de género y generacional. También vale la pena señalar que después de leer la

introducción, el tema de la salud ya no se trata solo de la ausencia de enfermedad. El propósito del sistema nacional de salud no es solo tratar enfermedades, sino también desarrollar y mantener un estilo de vida saludable para las personas. Anteriormente, esta tarea se limitaba al tratamiento y curación de enfermedades.

A su vez, se considera una variable "integral", lo que significa que la salud se relaciona con otros factores que van más allá de los servicios de salud, el tratamiento de las enfermedades y el elemento puramente biológico, como los aspectos psicológicos y sociales. Finalmente, se enfatiza que se debe respetar la diversidad social y cultural, teniendo en cuenta el aspecto de género. Por otra parte, el artículo 359 define que el régimen nacional de salud debe "(...) incluir no sólo ciertas dimensiones del derecho a la salud, sino asegurar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y promueve la participación ciudadana y el control social." (14)

Aquí es donde el sistema de salud pública cambia de un enfoque en el tratamiento a la prevención. Eso es fundamental para el éxito de su objetivo general. Uno de los principios rectores de la Constitución de 2008 es la protección ciudadana. Además, la Constitución de 2008 enfatiza la importancia de ayudar a los desfavorecidos y vulnerables, así como la atención prioritaria y especial de los niños, jóvenes, mujeres, ancianos, discapacitados y aquellos que padecen enfermedades catastróficas. Los artículos 38 y 46, literal 4, establecen que están protegidos contra "todo abuso, maltrato, abuso sexual o cualquier otra condición o abandono". "El Estado ecuatoriano reconoce y respeta a las nacionalidades y pueblos indígenas, afroecuatorianos, mestizos, cholos, campesinos y serranos y sus saberes y prácticas relacionados con la salud y la medicina tradicional y alternativa". (15) Podemos concluir que el régimen de salud de Ecuador es uno de los mejores del mundo. Sin embargo, lo que se leyó fue en realidad una formalidad y este hecho no debe olvidarse.

La Constitución refleja una mala sociedad moderna. Este es nuestro objetivo, pero lograrlo requerirá un cambio radical de actitud en todos los niveles de nuestra cultura, y no sucederá de la noche a la mañana. Si bien es cierto que los artículos de la Constitución vigente definen la salud como un bien común, lo que los pacientes encuentran a diario en los hospitales es muy diferente de lo que prevén estos artículos.

De todas las comunidades marginadas, los pueblos indígenas fueron los que más demandas tuvieron, primero por la tierra, y luego, desde la década de los 80, por la legitimación, reconocimiento y preservación de su cultura e identidad más allá de quienes se sienten parte de la tierra llamada "sociedad mixta blanca". El concepto de Estado multinacional surgió como una alternativa al fallido intento de armonizar a todos dentro del Estado-nación y garantizar los mismos derechos a todos sus habitantes. Vivir en tal estado significaría reconocer el valor de la diversidad y respetarla. Ese proceso resultó en el nacimiento de un movimiento indígena en 1986, la Confederación de Pueblos Indígenas del Ecuador (CONAIE). La formación de líderes indígenas también formaba parte de la educación intercultural bilingüe que el Estado implementaba desde 1982. Su finalidad era propiciar el surgimiento de un Estado multiétnico y, sobre todo, pluricultural, y dotar a estos líderes de conocimientos y experiencia política. . antes carecían de voluntad. Sin embargo, el alcance del proyecto se limitó en gran medida a cuestiones "lingüísticas" y no logró un éxito significativo en la introducción de nuevas ideas o la creación de una nueva política de salud intercultural en Ecuador.

2.9. POLÍTICA DE SALUD INTERCULTURAL EN ECUADOR

Establecida en 2007 y consagrada en la constitución del país en 2008, la Política de Salud Gratuita de Ecuador buscó garantizar que todos los residentes, independientemente de su ubicación, tengan acceso ilimitado a los servicios proporcionados por el Ministerio de Salud. Sin embargo, los costos y la cobertura

de los servicios resultaron ser una barrera imposible para los más vulnerables. Esto lleva a muchos a creer que las personas con bajos ingresos esperan más tiempo para enfermarse que las personas de entornos más ricos. Esto generalmente se debe a costos que no están directamente relacionados con la asistencia de los servicios médicos, como el precio de los medicamentos y las pruebas diagnósticas auxiliares. (16).

Las condiciones en las que los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, se denominan colectivamente determinantes sociales de la salud según la OPS, que establece que las políticas nacionales de salud están estrechamente relacionadas con los determinantes socioeconómicos de la salud en una comunidad en particular. Estos escenarios son el efecto directo de la distribución de recursos, riqueza y dominio a nivel internacional, nacional y local, que han contribuido a la situación actual. Las variables socioeconómicas influyen en gran medida en las desigualdades en salud, que se describen como discrepancias indebidas y eludibles dentro y entre países. En este sentido, la política de salud gratuita del Ecuador es un intento por mejorar la calidad de vida de la población. el sistema de salud afecta las condiciones de vida de la población. Igualmente, la política de salud gratuita de Ecuador, una iniciativa para mejorar la calidad de vida de la población, varios estudios han descrito las desigualdades en salud como barreras de acceso a los servicios que están influenciadas por la clase social, el género, la región y grupos prioritarios”. (17)

Este método se propone como una opción viable para el desarrollo a largo plazo del país en el campo de la salud en un país donde existen muchas diferencias culturales y socioeconómicas en muchas regiones. Forma parte de la “Ley Orgánica de Salud del Ecuador”, aprobada por el Congreso Nacional en 2006: “Es un derecho humano inalienable, indivisible, inalienable e irrenunciable, cuya protección y garantía es deber principal del Estado; y el resultado de un proceso de comunicación colectiva en el que

el estado, la sociedad, la familia y las personas se unen para crear ambientes, ambientes y estilos de vida saludables” (13).

El artículo 32 (Salud) del Capítulo 7 de la Constitución de la República del Ecuador (2008) es muy similar. art. 32.- “La salud es un derecho garantizado por el Estado, cuyo cumplimiento está relacionado con el ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, a la alimentación, a la educación, a la cultura deportiva, al trabajo, a la seguridad social, a un medio ambiente sano y otros que apoyar el buen vivir”(18). “El Estado garantiza este derecho a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso constante, oportuno y no excluyente a programas, actividades y servicios que promuevan la salud, la salud sexual y la salud reproductiva y promueva la provisión de los servicios de salud se guían por la igualdad, la universalidad, la solidaridad, la interculturalidad, la calidad, la eficacia, la eficiencia, las precauciones y los principios de la bioética y el enfoque de género y generacional”. (19) Aunque la Constitución garantiza a todos el derecho al tratamiento bajo ciertas condiciones, pocos ejercen realmente este privilegio, y menos aún están preparados para defenderlo contra la oposición. Esta garantía constitucional de acceso a la atención primaria no es válida, a diferencia de lo visto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Isidro Ayora.

Además, el régimen de salud pública exige la promoción y el respeto de la gran diversidad social y cultural del país sobre la base de la interculturalidad, la igualdad y la inclusión. Es razonable suponer que todos los médicos y enfermeras de una institución se adhieren a las mismas normas de atención al paciente, pero en este caso también es razonable suponer lo contrario. El personal no sabe lo que significa el multiculturalismo, por lo que impone sus valores y métodos a los pacientes, independientemente de su propio origen cultural. Si bien la constitución enfatiza la participación ciudadana y la regulación social, no prevé mecanismos para lograr estos objetivos

2.10. EL MODELO SANITARIO ECUATORIANO

La salud del Ecuador siempre ha crecido con la desigualdad que ha sufrido nuestro continente por el saqueo de los recursos naturales y humanos que siguió a la invasión europea del continente, el predominio de los gobiernos criollos desde el siglo XIX y la implementación de políticas neoliberales. Debilitó el capital social y cultural. Por el largo dominio de los criollos desde el siglo XIX. Se estima que más del 80 por ciento de los indígenas de América Latina viven en la pobreza absoluta, y estas disparidades son más evidentes en líneas raciales y étnicas. Las diferencias étnicas están en el centro del problema de la desigualdad en América Latina. Los indicadores muestran desigualdades persistentes en la salud de los infantes y las féminas en edad fértil, y la mortalidad infantil y materna durante el parto es elevada. La salud de los infantes y la salud de las féminas en edad reproductiva no están distribuidas por igual, como muestran los indicadores.

“Un estudio del Centro de Demografía para América Latina y el Caribe (CELADE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) muestra que por cada mil nacimientos mueren 25 niños en Ecuador”. Por lo tanto, el régimen neoliberal del gobierno ecuatoriano ha resultado en un sistema de salud con fondos insuficientes. Los dictados económicos de estos gobiernos, que siempre responden a los macro intereses emergentes del escenario global, no han hecho más que ignorar las actividades para el progreso de los bienes públicos y los talentos humanos.

La salud siempre ha tendido a volverse lineal, hegemónica y tecnocrática debido al mayor énfasis en la política exterior en detrimento del enfoque de la salud desde el aspecto de las realidades locales. Desde la nueva Constitución, se han realizado esfuerzos para brindar una perspectiva diferente sobre la atención de la salud que tenga en cuenta las circunstancias psicológicas y sociales de los pacientes, en lugar de tratar la atención médica solo a través de la enfermedad y la biología. Sin embargo, este método de tratamiento y prevención no se utiliza actualmente en los hospitales. Aunque la Constitución actual tiene como objetivo transformar la atención médica para tener en cuenta las condiciones psicológicas y sociales de los pacientes, es solo uno de los muchos enfoques posibles. La Ley de Salud Natural reitera ese criterio, en el Art. 3 al afirmar que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o debilidad. Es un derecho humano inalienable,

indivisible, e irrevocable”. Esta posición también es respaldada por la Ley Orgánica de Salud, prácticamente no existe una cultura anticonceptiva en el país, ni siquiera por parte de entidades públicas o privadas, peor por parte de los usuarios y de la que casi nunca se habla. “Solo se refiere al sufrimiento, pero también incluye supuestas variables sociales, psicológicas y culturales y se refiere a otro tipo de avances en la calidad y acceso a los servicios, enfatizando la salud, la interculturalidad y los derechos Claves para la construcción del Sumak Kawsay, derechos como el derecho al agua, alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambiente sano, etc.” (20). Al relacionar reducidamente salud con enfermedad, ha existido una alta promoción del uso de medicamentos y, de la misma forma, una gran demanda. Es terrible que muy pocas personas tengan acceso a medicamentos asequibles y que los genéricos se hayan pasado por alto en favor de los productos más caros fabricados por empresas multinacionales.

La mayoría de la gente prefiere no ir al médico, aunque tenga medios económicos para cubrir sus necesidades médicas. Los médicos los recetan porque quieren las prebendas que dan las farmacéuticas. La gente intenta comprarlos incluso cuando no los necesita, gracias a los esfuerzos de marketing de las corporaciones que los promocionan como panacea para todos sus problemas. Esto significa que muchos habitantes del país recurren a menudo a una automedicación que puede ser perjudicial o innecesaria y que nunca se basa en un diagnóstico exhaustivo. El abuso de medicamentos con receta está muy extendido y muchas personas recurren a la automedicación como alternativa.

Otro defecto del sistema sanitario ecuatoriano es que no todo el mundo utiliza los servicios públicos, lo que ha propiciado el crecimiento de un número creciente de clínicas y hospitales privados. En este tipo de organizaciones, el "enfoque mercantilista" de la atención sanitaria es una práctica habitual, y se sabe que existe una correlación entre el gasto sanitario y los recursos financieros. Dado que la sanidad pública se creó pensando en las personas de bajos ingresos, su clientela principal son aquellos que no pueden permitirse instalaciones médicas privadas. Organismos internacionales como el Banco Mundial también han reducido a los países del llamado "Tercer Mundo" a explicaciones mercantilistas de sus condiciones, al hablar del progreso o retroceso de la sanidad en estos países. Aquí vemos cómo les ha ido a las naciones con y sin economía de mercado en términos de malnutrición infantil, tuberculosis, mortalidad materna, mortalidad infantil y otras enfermedades prevenibles. Esta evaluación

se basa en la conjetura de que los indicadores de salud y morbimortalidad están estrechamente relacionados con el grado de implantación del libre mercado y sus leyes económicas.

La actual crisis sanitaria ha puesto a prueba el régimen de salud de la zona de Quito, que cuenta con la mayor cantidad de recursos financieros, humanos, materiales y físicos. La mayoría de las tensiones se originan en Quito. Además, de los costos de salud y otros por la demora en el tratamiento y la disminución de la productividad laboral vinculada con el estado de salud de la población, se suman los costos para la población por años de vida desatendidos en el tiempo. enfermedades no COVID. A pesar de los altos costos médicos asociados con el COVID-19, las medidas fiscales del gobierno no han reflejado estas mayores demandas, al menos en el sector salud. Los servicios estaban fragmentados, la financiación era inadecuada, los trabajadores de la salud no estaban lo suficientemente capacitados y motivados, y los actores públicos y privados no trabajaban juntos, todos síntomas de una débil respuesta de salud pública a un desastre. Las barreras de acceso, la desigualdad, la fragmentación y la fragmentación son características del sistema que han contribuido a los problemas causados por la pandemia.

Los principales objetivos de la sanidad privada son la rehabilitación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, pero también se realiza una labor preventiva y de promoción de la salud. Durante la última década, el sector privado de la salud ha hecho una contribución significativa para aliviar la carga del régimen de salud pública. Todavía se necesita un régimen nacional de salud; el sector privado no puede hacerse cargo. “El Ministerio de Salud Pública (MSP) actúa como organismo de control del sector salud, otorgando licencias de funcionamiento a empresas del sector salud público y comercial ya empresas farmacéuticas prepagas. El MSP es responsable de monitorear y dirigir las acciones de las entidades públicas y privadas que afectan la salud y el bienestar de las personas y el planeta”. Por otro lado, no está claro quién es responsable de una evaluación unificada de la infraestructura de salud de Ecuador. Estas funciones están fragmentadas y asignadas a varias organizaciones de salud diferentes. Sin embargo, el MSP es el primordial organismo responsable de evaluar la efectividad del régimen. “El MSP está obligado por ley a divulgar información sobre sus funciones y proporcionar medidas de rendición de cuentas, como objetivos e informes de gestión e indicadores de desempeño, ya que es el órgano rector de la industria. La calidad de la atención brindada en cualquier centro de atención médica debe revisarse

periódicamente para identificar y abordar las áreas problemáticas”. Mejorar la calidad del servicio y la satisfacción del usuario debe ser la prioridad de todos, pero la industria de la salud puede encontrar este proceso particularmente crítico debido al impacto matizado y de gran alcance de este servicio. Por la vida de las personas. (20)

2.11. PROBLEMAS PARA EL DESARROLLO DE SALUD INTERCULTURAL EN ECUADOR

Los hospitales privados pueden brindar una atención individualizada. El personal puede concentrarse en cada paciente y utilizar la última tecnología para cuidarlo, asegurándose de que se sienta cómodo y como en casa. Esto ha llevado a una tendencia creciente de personas que eligen hospitales privados tanto para tratamientos de rutina como para necesidades médicas inesperadas. Los pacientes reciben una atención más individualizada si su médico limita la cantidad de personas que ven a la vez. En la sanidad pública cada médico atiende a más personas que en los hospitales privados, lo que reduce la calidad del tratamiento para cada persona. Los pacientes también tienen que esperar más para ser atendidos, ya sea que se trate de una emergencia o no, y el personal suele estar sobrecargado de trabajo y cansado. Los hospitales públicos tienen una serie de ventajas sobre los hospitales privados: son más baratos porque reciben fondos del gobierno, deben tratar a todos los pacientes independientemente de su situación financiera y no obtienen ganancias. (21)

El pensamiento intercultural es una nueva forma de pensar que necesita ser implementada en Ecuador, ya que el país es una región pluricultural que históricamente ha sido catalogada como una sociedad altamente desigual. “Esto se debe a la necesidad de implementar la interculturalidad, para que sea utilizada como eje transversal y de desarrollo en el sector salud (y en todos los demás sectores), primero debemos erradicar tres formas de opresión: el sesgo racial y cultural, la desigualdad económica y la exclusión política”. Sólo así será útil en la práctica. En primer lugar, el Estado ecuatoriano debe

adoptar una postura de respeto a los derechos en la diversidad, con el objetivo de eliminar las llamadas "culturas subalternas" para ser considerado multicultural. Tolerancia, diálogo e inclusión son los tres pilares sobre los que debe construirse este trabajo. (21)

Por tanto, para implementar la interculturalidad en todas las instituciones que conforman el Estado, es importante que la diferencia deje de ser una estrategia dominante y se convierta en una estrategia de cambio y progreso. Incluso si no entiende una palabra de lo que dice el "otro", es importante comenzar con la experiencia de aceptar al "otro" como un igual y ver al otro como el otro. Se ha creado la base para una comprensión multicultural del futuro. Para modernizar el mundo entero y hacer del capitalismo la norma cultural del mundo, el diálogo intercultural no puede convertirse en una técnica política. La política debe ser más solidaria con todas las personas, no solo con unos pocos elegidos. Por lo tanto, los políticos deben asumir la responsabilidad de promover foros donde diferentes grupos puedan reunirse y tener discusiones productivas que conduzcan a objetivos comunes. Si bien la diversidad en Ecuador y América Latina está creciendo a un ritmo alarmante porque las personas pueden moverse fácilmente de un ámbito social a otro, es muy importante incluir el diálogo en el ámbito de la salud, que es el elemento más importante de la comunicación intercultural, para promover la comunicación mutua. comunicación. conocimiento culturas diferentes. Además, es importante evaluar los postulados biológicos presentados como inofensivos y solo correctos.

Al mismo tiempo, sin embargo, es esencial resaltar las importantes diferencias que se pueden observar entre las diferentes formas de medicina. El sistema biomédico detecta y trata, por ejemplo, enfermedades y su tratamiento en base a parámetros fisiológicos. Por el contrario, el sistema indígena considera la dimensión de la salud no solo física, sino también social, cultural, ecológica, emocional y afectiva como parte de un panorama más amplio y holístico, que no excluye la dimensión espiritual.

Este tipo de relación jerárquica no tiene cabida en la asistencia sanitaria, sino que médico y paciente deben trabajar para mantener las cosas en un plano de igualdad, viéndose como interlocutores en una conversación cuyo objetivo es llegar a un acuerdo que sea bueno para ambos. La salud, por otra parte, no sólo puede significar cómo se siente alguien; también tiene que ver con su entorno físico y metafísico. Para tratar eficazmente a un paciente, los médicos deben darse cuenta de que no pueden sacarlo de su contexto social y reducirlo a un conjunto de órganos y enfermedades. Cuando las personas presentan síntomas, es importante examinarlos desde todos los ángulos, no sólo sus causas físicas, patológicas o farmacológicas. Si tomamos el ejemplo de Quito, vemos que personas de todo Ecuador han acudido allí con la esperanza de un futuro económico mejor. Es importante darse cuenta de que las visiones del mundo, las formas de ser, las formas de cavilar y las formas de ver el mundo de las personas no se quedan atrás cuando emigran, sino que se van con ellas a su nuevo hogar. Cada paciente tiene el derecho inherente a tomar sus propias decisiones de tratamiento, lo que exige que estas especificidades se tengan en cuenta a lo largo de la prestación de asistencia. En consecuencia, el diálogo intercultural no puede conducir a una cultura global de talla única. Dado que la igualdad no reconoce ni valora la diversidad entre personas o comunidades, no puede valer de base para la práctica intercultural en la ayuda sanitaria. Pero para que una sociedad sea justa, debe tratar a sus miembros de forma justa y equitativa.

Como cuestión estructural que requiere un cambio de mentalidad, un proceso de autorreflexión entre los numerosos agentes implicados y la adopción generalizada de nuevos ideales, la lucha contra la desigualdad no se logrará de la noche a la mañana. Será un camino largo y difícil, pero ahora es el momento de ponerse manos a la obra. Los efectos de la desigualdad se dejan sentir en toda América Latina, incluido Ecuador. El primer paso en este difícil empeño es pasar de la "investigación" teórica a la aplicación práctica; esta aplicación, a su vez, requiere la participación activa de los pacientes y debe estar guiada por la formación en sociología y antropología del investigador. Por lo tanto, si queremos

introducir la interculturalidad en el sistema sanitario, primero debemos crear lugares donde pueda tener lugar una formación significativa, y ¿qué mejor lugar para ello que las universidades? Ellas son las que deben incluirla en su currículo, no como un medio para aprender a atender a los llamados pueblos indígenas, sino como un medio para percibir, en conjunto con la filosofía, que la realidad no es unidireccional, sino la suma de muchas otras realidades, que no están aisladas, sino por el contrario, están en constante interrelación, por lo que se enriquecen y transforman mutuamente.

Dado que la educación occidental pretende falsamente "universalizar" no sólo todos los servicios sino también todas las ideas, ésta es la única manera de detenerla. Sin las correspondientes reformas institucionales y estructurales, la designación constitucional de 2008 por esta razón el eje transversal de la conexión intercultural no tendría sentido.

El sector salud refleja los desafíos del diálogo intercultural continuo, que suele generar insatisfacción entre la población y el personal de la salud, lo que se expresa en opiniones y actitudes despectivas hacia los establecimientos públicos de salud y, al mismo tiempo, en el trato a los trabajadores de la salud. población ancestral. Hay varias razones para esta insatisfacción, algunas de las cuales son políticas, culturales e institucionales más que médicas. La discusión abordó la dificultad de definir conceptos y presentar una política de salud transcultural que pueda servir de base para planes y propuestas nacionales más amplios que tengan en cuenta la diversidad cultural, socioeconómica y geográfica del país. De acuerdo con el reconocimiento de los derechos indígenas, en 1999 se fundó la "Dirección Nacional de Salud Pública (DNSPI)" para reconocer, promover, desarrollar y regular la medicina alternativa y tradicional. "En 2006, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el MSP desarrollaron conjuntamente los lineamientos de Adecuación Cultural de los Servicios de Salud (AUS) como parte de la propuesta del Seguro Universal de Salud. La evaluación es una herramienta importante en la mejora continua de la calidad de la atención y la toma de decisiones, y la atención primaria de salud juega un

papel clave en el buen funcionamiento del sistema de salud, brindando una atención más eficiente y justa que responda mejor a las necesidades de las personas para cuidar de la población”. Si bien se menciona el enfoque transcultural como un apoyo de la “Atención Primaria de Salud (APS)” que debe ser el eje del modelo, el modelo de salud fue redefinido en junio de 2010 con énfasis en el modelo de atención integral e integrada en salud (MAIS). Monitorear los recursos planificados en la comunidad, priorizar caravanas preventivas con población concentrada, organizar asociaciones de usuarios y atención de salud en municipios seleccionados para atender la salud comunitaria. (22) Por ello, en 2010-2011 se priorizó el tercer nivel de servicios de salud y se dejó de lado la multiculturalidad e incluso el trabajo comunitario.

2.12. SALUD INTERCULTURAL EN LA ACTUALIDAD

El perfeccionamiento en la atención sanitaria y el acceso a los tratamientos médicos en Ecuador han avanzado a paso de tortuga. La necesidad de reformar el marco jurídico específico y poner en marcha proyectos en una amplia gama de disciplinas, así como la necesidad de definir el papel del Estado en la sanidad, han sido objeto de acalorados debates durante algún tiempo. En 1997 y 1998, funcionarios del MSP presentaron a la asamblea legislativa un plan en el que se esbozaba cómo podrían colaborar diversos organismos para mejorar el sistema sanitario. Este cambio fue aprobado, y sus disposiciones pueden verse en muchos de los artículos de la Carta Magna. (23) Las instituciones en el Ecuador han tenido que hacer cambios significativos en su estructura interna ante la nueva realidad de que el país es un estado plurinacional. Esto demuestra que los profesionales médicos no están familiarizados con la interculturalidad y tienen dificultades para definir las normas y prácticas culturales. (24)

“Para el 2008 se adecuó la infraestructura de Centros de Salud por donde rotan cada 15 días curanderos pertenecientes a la red de médicos tradicionales de la Organización de Comunidades Kichwas, y atienden de acuerdo con la norma técnica para atención culturalmente adaptado, lo que

permitió a los centros atender mejor a sus diversos usuarios”. (25) En 2007, los pacientes requirieron intervención médica. El número de servicios prestados por curanderos tradicionales certificadas aumentó entre 2007 y 2009, todos los servicios compartían este patrón. El modelo de los centros de salud se basa en un sistema de proveedores de asistencia sanitaria adaptado a la estructura única de la comunidad. En esta red están representados muchos grupos diferentes, desde el Estado hasta el gobierno local, pasando por grupos comunitarios y organizaciones sin ánimo de lucro que atienden a la población de la zona. (25)

Es más posible que los proveedores de atención médica en Ecuador respondan a la primera explicación, debido a la lógica de la última y la aparente reticencia del sistema de la facultad de medicina para aceptar la legitimidad de una cosmovisión no occidental y "científica" de la salud. Las parteras tradicionales no son reconocidas por el sistema de salud como proveedoras de atención excelente o segura, aunque fueron incluidas en la asesoría técnica de agosto de 2008 sobre parto culturalmente apropiado. Esto indica que el modelo todavía se basa en supuestos prehistóricos.(26)

Es importante señalar que la salud intercultural ya se practica en varias zonas de Ecuador, aunque no en cantidades significativas. Al sur de Quito, en el distrito sanitario de Guamaní, se utiliza un enfoque comunitario para la gestión y prestación de la atención sanitaria, en el que se mezclan prácticas médicas y terapéuticas convencionales y complementarias. La acupuntura, la homeopatía, el biomagnetismo y la terapia cerebral son sólo algunos de estos métodos.(27) Una educación que anime a los alumnos a pensar de forma crítica y creativa sobre el mundo que les rodea tiene más probabilidades de ayudarles a desprenderse de su papel de alumnos pasivos y sumisos. Un sistema educativo más justo y equitativo es aquel en el que se suprimen todo tipo de jerarquías, empezando por la relación entre profesor y alumno. Una educación libre de jerarquías de autoridad, que haga hincapié en las cualidades únicas de cada alumno y al mismo tiempo en la importancia del lugar de cada individuo en el aula, ayudaría a los

alumnos a darse cuenta de que el mundo no es un lugar unificado y armonioso, sino más bien hostil, donde coexisten diferentes perspectivas, pero ninguna es intrínsecamente mejor que la otra.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Justificación.

Las deficiencias en el régimen de salud que ofrecen los centros de salud públicos se expresan en que los pacientes que visitan estas instituciones no los aceptan. Una de las principales razones es su pésimo trato a los usuarios y la falta de información. Los trabajadores de salud de los hospitales Carlos Andrade Marín y Eugenio Espejo por la multiculturalidad que provoca constantes quejas de los usuarios en estos centros de salud, pero por la atención que reciben en un hospital metropolitano, en un hospital privado la acogida es completamente diferente, donde los usuarios son completamente diferentes; satisfechos con la atención que reciben nada más llegar a esta institución. El precio que deben pagar por los servicios que reciben es lo único que no se puede cambiar. Los centros de salud Carlos Andrade Marín y Eugenio Espejo tienen baja cobertura en sus diferentes departamentos debido a la ausencia de un saber completo de los servicios de salud familiar comunitarios e interculturales basados específicamente en el respeto a la diversidad cultural. transcultural Un fenómeno de comunicación intercultural relacionado con culturas que, además de la identidad o la etnia como condición sociocultural creadora de diferencias, crean una interacción comunicativa, finalmente, los conceptos de raza y racismo, cuyo significado proviene más bien de implicaciones negativas que atraen excesiva atención a estos grupos. En este sentido, el propósito de este estudio es enfocarse en los servicios que ofertan los centros de salud pública, para conocer los factores culturales y los derechos que deben participar los usuarios que acuden a estos centros, el aspecto cultural es muy importante y necesario, aceptar la cultura, respetar las tradiciones, extender una atención de calidad y calidez humana por parte de los trabajadores de la salud y que los usuarios no discriminen por su cultura o raza, por ello es importante reflexionar y dar a conocer a toda la sociedad que cada persona merece ser respetados de acuerdo a su uso y formas, actuar por la conciencia de los profesionales de la salud y respetar los valores culturales de cada usuario.

3.2. Planteamiento del problema

La preferencia de los usuarios por acudir a los centros asistenciales privados antes que públicos es sumamente acentuada en la actualidad, debido a que los centros privados ofrecen una atención personalizada, el personal dispone de mayor tiempo para dedicárselo a la atención del paciente, manteniéndose a la vanguardia de la tecnología, brindando comodidad y procurando que el paciente sienta como estar en casa. La capacidad de brindar atención individualizada a cada paciente es posible gracias al número limitado de pacientes por médico. Mientras muchos pacientes acuden a los establecimientos de salud públicos, la mayoría de los cuales cuentan con recursos económicos limitados, estos establecimientos, que a pesar de tener un número de empleados mucho mayor que los hospitales privados, tienen un mayor número de pacientes por médico. “Como resultado, la atención al paciente se ve disminuida, especialmente en el tiempo dedicado al paciente, y los tiempos de espera para ser atendidos suelen ser mucho más largos, ya sea una emergencia o una cita programada, las personas que brindan atención a los pacientes están sobrecargadas de trabajo”. (28) Estas diferencias permitirán comparar, interpretar y evaluar los beneficios y los problemas de decidirse a asistir a una institución de salud privada o pública.

3.3. Pregunta de investigación.

¿Cuál es la percepción acerca de consideraciones y valores interculturales en la atención y el manejo médico en los servicios de salud de los pacientes de diferentes grupos culturales que acuden a los hospitales: Carlos Andrade Marín, Metropolitano y Eugenio Espejo?

3.4. Objetivos de investigación

3.4.1. Objetivo General:

Describir la percepción acerca de consideraciones y valores interculturales en atención a pacientes de diferentes grupos culturales, que acuden a los hospitales: Carlos Andrade Marín, Metropolitano y Eugenio Espejo.

3.4.2. Objetivos Específicos:

- Analizar la percepción que tiene el paciente acerca de la comunicación del personal de salud.
- Reconocer la percepción acerca del acceso a la salud en el contexto de interculturalidad.
- Demostrar la influencia de la condición del usuario con relación a la dualidad salud enfermedad

3.5. Hipótesis

Todo el personal de salud está capacitado para brindar una atención de calidad a todos los usuarios del sistema de salud ecuatoriana sin importar su raza, sexo, preferencias, religión o creencia

3.6. Tipo de estudio

Estudio cualitativo, descriptivo de tipo etnográfico.

3.7. Universo y selección de informantes claves

Población: Usuarios del sistema de salud ecuatoriano de los hospitales Carlos Andrade Marín, Metropolitano y Eugenio Espejo.

La selección de informantes fue de 33 participantes con diferente categoría (edad, sexo, religión, etnia, ideología, etc.), tamaño de esta variará en función a la saturación de la muestra.

Tabla 1 Criterios de selección de informantes para las entrevistas

Criterio de selección	Características
Sexo	Femenino
	Masculino
Edad	15-19 años (jóvenes)
	20- 34 años (adulto joven)
	35-49 años (adulto medio)
	50-64 años (adulto maduro)

Tabla 2 Cuadro de operacionalización de categorías

Categorías	Definición	Indicador	Instrumento
COMUNICACIÓN			
Actitudes que dificultan la relación médico-paciente.	Condición del médico capaz de reconocer sus rasgos de carácter, sus limitaciones, su nivel de información y hasta qué punto puede manejar una situación determinada y cuando necesita recurrir a otro colega.	Conocimiento sobre la comunicación médico - paciente.	Pregunta la semiestructurada
Apertura para resolver preguntas	Solucionar un problema una duda, una dificultad o algo que los entrena.	Actitudes y prácticas que toma sobre la comunicación.	Pregunta la semiestructurada
Dificultad para	Incapacidad para entender o expresar		Pregunta

informar sobre la enfermedad	algo.			semiestructurada
Interacción verbal personal de salud	no (gestos, muecas) del	Postura física entre el cuidado y el paciente, el tono de voz y expresiones faciales.	contacto visual, distancia	Pregunta semiestructurada
Explicación adecuada tratamiento	del	Grupo de técnicas utilizadas para tratar o curar una enfermedad, descubrir la esencia de un enigma o cambiar algo.		Pregunta semiestructurada
ACCESO				
Temor discriminación ser rechazado)	a (a	Trato diferente y perjudicial que se da a una persona por motivos de raza, sexo, ideas, políticas, religión etc.	Conocimiento sobre al acceso a la salud	Pregunta semiestructurada
Dificultad acceso condición laboral	de por la social /	Circunstancia existente, situación o estado que afecta la vida, el bienestar y las relaciones sociales de los seres humanos en comunidad.	Actitudes y prácticas que toma sobre el acceso a la salud	Pregunta semiestructurada
Disponibilidad de servicios comunidad cercana	de en la	Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.		Pregunta semiestructurada
Acceso tratamiento	a y	Parte de la medicina que se ocupa de los medios que se utilizan en el		Pregunta semiestructurada

terapéutica		tratamiento de enfermedades y cómo se aplican.		
-------------	--	--	--	--

Barreras condición legal	por	La naturaleza, índole o clase que la ley o el Derecho de cada país determina o establece para cada individuo según el nacimiento, la familia, la edad y otras circunstancias.		Pregunta semiestructurada
-----------------------------	-----	---	--	------------------------------

CONDICION DEL USUARIO

Barreras condiciones ideológicas.	por	Grupo de nociones centrales que definen el pensamiento de un individuo, grupo o época en particular, o de un movimiento cultural, religioso o político en particular, etc.	Conocimiento sobre la condición del usuario	Pregunta semiestructurada
---	-----	--	---	------------------------------

Barreras condiciones geográficas.	por	Naturaleza que rodea a la sociedad; condiciones externas de la vida social: clima, suelo, transporte.	Actitudes y prácticas que toma sobre la condición del usuario	
---	-----	---	--	--

Barreras educativo.	por nivel	El nivel de educación de una persona es el grado más elevado de educación completa o continua, ya sea completa temporal o finalmente incompleta.		
------------------------	-----------	--	--	--

INFRAESTRUCTURA

Accesos alternativos.	médicos	Una práctica que certifica tener los efectos curativos de la medicina, pero	Conocimiento sobre	Pregunta semiestructurada
--------------------------	---------	---	-----------------------	------------------------------

que no está respaldada por la infraestructura evidencia recopilada a través del método científico y se basa en la Actitudes y pseudociencia, por lo que no tiene una prácticas que toma eficacia comprobada más allá del sobre la efecto placebo aleatorio. infraestructura

Acceso a lenguaje tradicional.	Sistema de signos que la sociedad utiliza para la comunicación oral o escrita.	Pregunta semiestructurada
--------------------------------	--	------------------------------

Acceso a espacios culturalmente adaptados.	Área, instalación o servicio con diseño universal que reúne todas las condiciones y seguridad para ser utilizado por personas con diferentes ideologías.	Pregunta semiestructurada
--	--	------------------------------

3.8. Procedimientos de recolección de información

La recolección de datos se realizó a través de preguntas abiertas para conocer la posición y opinión de los entrevistados sobre los temas más importantes y los resultados de la encuesta, cuáles se obtienen en la entrevista, cuáles se registran y cuáles se pretende abordar los temas. como la calidad de los servicios de salud con sus diferentes subgrupos como satisfacción, conocimiento, infraestructura, cobertura, mala praxis y negligencia

Conjuntamente a la entrevista, se entregó físicamente a los encuestados el consentimiento informado (el cual se anexa en la parte final de este documento), a fin de que lo lean y lo firmen respectivamente.

3.9. Instrumentos.

1. El presente estudio se realizó a cargo de 2 entrevistadores hacia usuarios del sistema de salud ecuatoriano de los principales Hospitales de tercer nivel de la ciudad de Quito.

2. En la investigación se aplicó entrevistas semiestructuradas a los grupos participantes hasta obtener una base de datos adecuada que permitió analizar y reforzar los resultados obtenidos mediante la entrevista.

3. Todo el proceso de la investigación estuvo supervisado por nuestro tutor designado.

4. Los costos logísticos como acceso a material digital, libros, impresiones, seguridad y transporte fueron asumidos por los investigadores.

3.10. Plan de análisis de datos

El análisis del estudio fue de tipo temático, lo que permitió obtener mayor información sobre el tema, como las experiencias, formas de comunicación y recomendaciones sobre la atención de salud intercultural en el estado ecuatoriano.

La información obtenida se transcribió en la plataforma digital ATLAS, plataforma que permitió organizar, gestionar, codificar e interpretar los datos recolectados, además jerarquizo los temas más relevantes, alcanzando datos reales, finalmente valido el presente estudio.

3.11. Aspectos Bioéticos

Al momento de aplicar las entrevistas, se facilitó información a los participantes del proceso y el motivo de la entrevista, a través de un consentimiento informado, que es un documento que asegura al participante recibir correcta información, manifestándoles que sus datos personales eran

confidenciales, que, para ello se utilizaría un código alfa numérico asegurando la privacidad. Con los cual los pacientes aceptaron a participar y firmar el documento sin ninguna objeción.

Además, se informó a los participantes sobre las alternativas disponibles si decidían retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación (ver anexo 1). La población de esta investigación fueron usuarios del sistema de salud ecuatoriano en general sin enfoque al a su grupo social o económico.

CAPITULO IV

4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

“El Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se encuentra ubicado en la ciudad de Quito, capital del Ecuador, con más de 86 años de servicio a la comunidad, es un centro de salud de tercer nivel administrado por el ministerio de salud pública, labora bajo una filosofía humanista integral garantizando el acceso universal y gratuito a sus servicios”.

“Es el hospital más emblemático del Sistema Público de Salud, cuenta con 20 especialidades médicas, 15 especialidades quirúrgicas, 7 unidades especiales y 2 servicios generales; cuenta con el mayor laboratorio clínico patológico del país que ofrece una extensa gama de pruebas y exámenes que cubre las necesidades más crecientes y exigentes de la comunidad”(29).

Según el último informe de rendición de cuentas, en el año 2021 se atendieron a 200.306 usuarios en la Consulta Externa de las cuales 41.607 fueron de primera vez y 158.6996 fueron citas subsecuentes, 26.220 usuarios fueron atendidos en el área de la Emergencia de los cuales 24.816 fueron por patologías NO COVID y 1.404 fueron por patologías relacionadas a COVID-19.

Figura 1: Ubicación geográfica del Hospital Eugenio Espejo Quito- Ecuador.

Figura 1 Ubicación geográfica del Hospital Eugenio Espejo Quito- Ecuador.



Fuente: Google Maps, 2022

Figura 2 Visión panorámica del Hospital Eugenio Espejo. Quito- Ecuador.



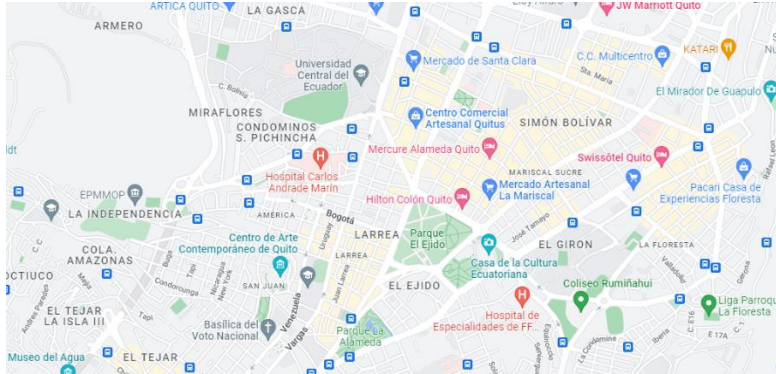
Fuente: Registro de fotografías del Ministerio de Salud Pública 2012

“El Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín se encuentra ubicado en la ciudad de Quito, capital del Ecuador, con más de 62 años de servicio a la comunidad, es un centro de salud de tercer nivel administrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con el objetivo de mejorar la salud, seguridad social, y el desarrollo profesional de los médicos en diferentes áreas de investigación”.

“Ofrece servicios completos a las personas cubiertas por la seguridad social, cuenta con 46 especialidades médicas y subespecialidades, posee el 90 por ciento de las especialidades médicas, lo que le convierte en el más grande y completo del país”. (30)

“Según su último informe de cobertura, en el año 2021 se atendieron 117.048 pacientes por concepto de pacientes únicos, sin embargo, muchos de ellos recibieron más de una atención por diferentes patologías, como parte de algún tratamiento específico o un examen. De los pacientes atendidos en el HCAM, el 41% fueron hombres y el 59% correspondieron a mujeres”. (31)

Figura 3 Ubicación geográfica del Hospital Carlos Andrade Marín Quito- Ecuador.



Fuente: Google Maps, 2022

Figura 4 Visión panorámica del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito- Ecuador.



Fuente: Registro de fotografías del Hospital Carlos Andrade Marín 2019

El Hospital Metropolitano se encuentra ubicado en la ciudad de Quito, capital del Ecuador, con 73 años con más de servicio a la comunidad, es un centro de salud de tercer nivel administrado por el grupo Conclina S.A. con el propósito común de dotar al país de un centro médico-hospitalario de nivel internacional.

“En su firme convicción de contribuir a la población más vulnerable del país cuenta con servicios de salud de calidad y con un programa de responsabilidad social corporativa que brinda atención en salud de tercer nivel y alta complejidad a pacientes de escasos recursos”. (32)

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. Perfil sociodemográfico de la población estudiada

Al efectuar el análisis de las particularidades sociodemográficas se evidenció que del total de participantes 33, la mayoría de los informantes fueron mujeres, que pertenecen al grupo etario de adultos jóvenes, seguidos de adultos mayores y medios, siendo la minoría de este informe los jóvenes. El promedio de edad notado de los cuidadores fue de 49,6 años, con una edad máxima de 96 años y mínima de 19 años.

Tabla 3. Características Sociodemográficas

Variabilidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	18	54.5
Masculino	15	45.5
Grupo etario		
Juventud	1	3.0
Adulto joven	12	36.4
Adulto medio	9	27.3
Adulto mayor	11	33.3

Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño

5.2. Perfil de los informantes

Tabla 4 Codificación de la entrevista

Identificadores	Perfil informante
42944KR6	Masculino, Adulto medio, Nacional
G9MTDJD6	Masculino, Adulto mayor, Nacional
2JV9EMU4	Femenino, Adulto joven, Extranjero
ARFRQ8UE	Femenino, Adulto medio, Nacional
62J5B9E4	Femenino, Adulto mayor, Nacional
YE5PRFAQ	Femenino, Joven, Nacional
L4EKP637	Femenino, Adulto medio, Nacional
4Q67NH2Q	Masculino, Adulto mayor, Extranjero
3FQ86SBZ	Masculino, Adulto medio, Nacional
LM59QDAM	Femenino, Adulto medio, Nacional
TW5J9BAK	Masculino, Adulto joven, Nacional
M5ZB2Q2J	Femenino, Adulto joven, Nacional
6URCSLQ7	Femenino, Adulto joven, Nacional
CB3TDVW5	Masculino, Adulto Joven, Nacional
UWTYCBNA	Masculino, Adulto medio, Nacional
G2XXRXAZ	Femenino, Adulto mayor, Nacional
AR3D7PB7	Femenino, Adulto mayor, Nacional
5KUDZL2G	Masculino, Adulto medio, Nacional
YNAYKT79	Masculino, Adulto joven, Nacional
3VPH94ZX	Femenino, Adulto mayor, Nacional

NXEAMV5F	Femenino, Adulto mayor, Nacional
BX2R2WHC	Femenino, Adulto mayor, Nacional
75NGYS8Z	Masculino, Adulto mayor, Nacional
TK2XKPRF	Femenino, Adulto medio, Nacional
XMK7VB5L	Masculino, Adulto mayor, Nacional
ZMZJEMXN	Masculino, Adulto joven, Nacional
SZBHT9DL	Masculino, Adulto joven, Nacional
6GAWCZX2	Masculino, Adulto joven, Nacional
DLTQWS7E	Masculino, Adulto joven, Nacional
Q2DFTUYQ	Femenino, Adulto medio, Extranjero
ZMRC8GD9	Femenino, Adulto joven, Nacional
GDYUGWKT	Femenino, Adulto mayor, Nacional
9K3Y3GHL	Femenino, Adulto joven, Nacional

Fuente: Datos de investigación 2022
 Autor: Duver Morejón

5.3. Análisis Cualitativo

Se hizo uso de la etnografía como método de investigación para el análisis cualitativo y se realizaron un total de 33 entrevistas semiestructuradas.

5.4. COMUNICACIÓN

5.4.1. Perspectivas relacionales compartidas por médico y paciente.

El enfoque del equipo médico hacia el paciente es crucial, ya que puede tener un impacto significativo en la calidad de la atención brindada y la satisfacción del paciente. “Los pacientes se

experiencia de internación y consulta médica gratificante como el cambio de la conducta paternalista del médico a una conducta deliberativa y democrática.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

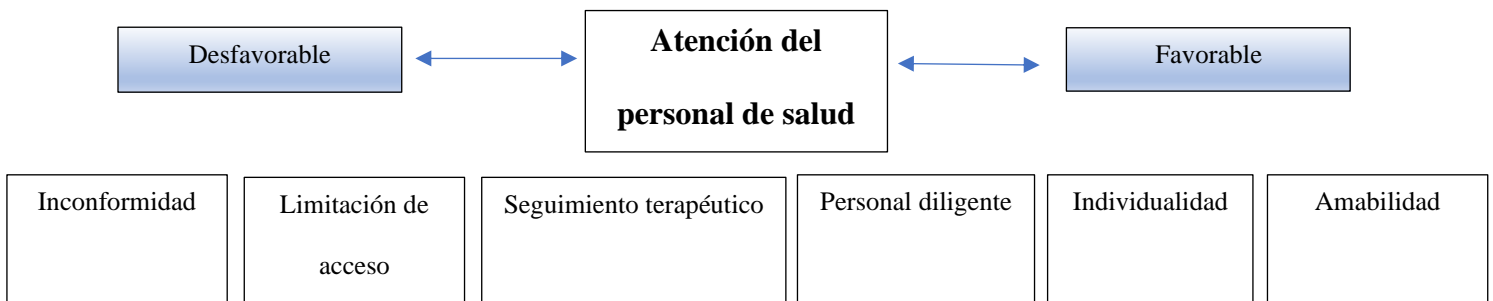
... Por lo general he sido tratado de una buena manera, tanto de la parte de las enfermeras como de los médicos tal vez por así decirlo, o sea, se siente mayor cordialidad, mayor formalidad cuando se trata del médico sobre todo en mi médico de cabecera, sin embargo, en realidad darle un trato ha sido muy bueno por parte de todos...

(SZBHT9DL)

En el testimonio presentado se constata las experiencias satisfactorias vividas al acceder a un servicio de salud con la incertidumbre ocasionada por su condición, pero con la confianza delegada al personal de salud esperando proporcionen las decisiones y medidas adecuadas para solventar sus necesidades desde el aspecto social y emocional.

En el siguiente esquema se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados en correspondencia con la atención de los profesionales de la salud. Se observa una dicotomía entre una visión positiva y una negativa. (Figura 8)

Figura 8 Atención del personal de salud



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

clínicos como complementarios de la salud (nutrición, psicología, trabajo social), para asegurar una mejor experiencia para los usuarios y sus cuidadores.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

... El salir, ya uno entra mal y sale ya bien. Eso es una experiencia muy buena, yo, este hospital, ya es como mi segunda casa, porque aquí me han salvado mi vida, entonces eso es una experiencia buena...

(ARFRQ8UE)

...El trato, el trato humano, excelente trato humano, no como antiguamente que lo trataban peor que un perro...

(4Q67NH2Q)

... Cuando no conocen algo o no están del todo seguro también prefieren preguntar a un compañero suyo sobre eso distintas especialidades, entonces te hacen sentir un poco más seguro de las cosas que puedo tener algún problema o demás...

(SZBHT9DL)

...Que hay bastante apertura en la opinión del paciente, también hay comunicación que te permite conocer sobre tu enfermedad de manera clara y concisa y te dan apertura a los diferentes tratamientos y te permiten la elección del mismo...

(9K3Y3GHL)

En los testimonios presentados se resalta la resiliencia, la capacidad del personal de salud, la participación dinámica del usuario, la interacción de múltiples unidades, y las habilidades comunicativas

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre las experiencias vividas. Los principales son adecuada atención médica, personal capacitado, habilidades comunicativas y participación dinámica (figura 10)

Figura 10 Experiencias positivas



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

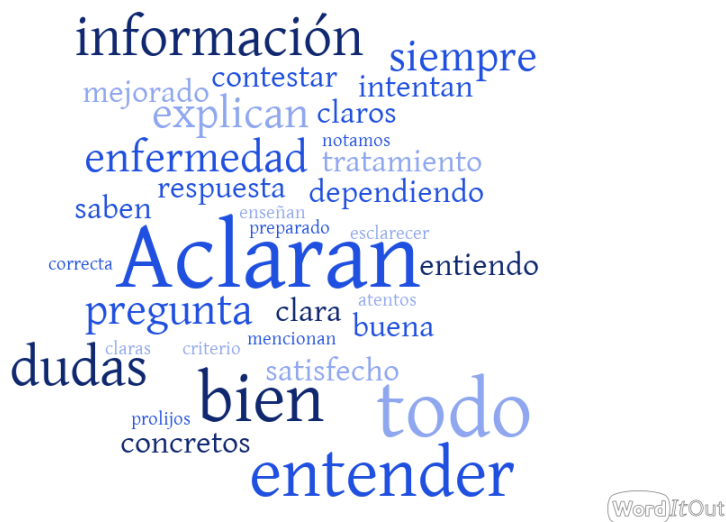
5.4.3. Capacidad del personal de salud para compartir información con los pacientes

Impresión de los usuarios sobre la receptividad de un proveedor a sus consultas y problemas.

Es crucial que el médico sea capaz de tranquilizar a los pacientes. Para que el tratamiento sea eficaz y el paciente se recupere totalmente, es fundamental que el médico y el paciente puedan

comunicarse bien. Es importante que el médico sea fácil de localizar y esté dispuesto a proporcionar información en la que se pueda confiar. De este modo, el paciente podrá evaluar mejor la situación y tomar decisiones informadas que aumenten sus posibilidades de obtener mejores resultados y calidad de vida.

Figura 11 Aclaración de dudas por el personal de salud



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras que se muestra en la Figura 11 cubre la capacidad de los profesionales de la salud para comunicarse con los usuarios, se puede ver una tendencia positiva en aclarar dudas con información precisa y detallada, tratando de que el panorama sea lo más claro posible y asegurar la comprensión de los usuarios. . .

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

... Muy concretos, de verdad, me tratan como si de verdad no sé pues entonces me enseñan y me dan, me ponen ejemplos claros que me dan tranquilidad porque a veces otros

médicos nos explican con cosas técnicas que sean tienen médicos, pero acá en cambio me han hecho entender todo y me voy más tranquilo... (6GAWCZX2)

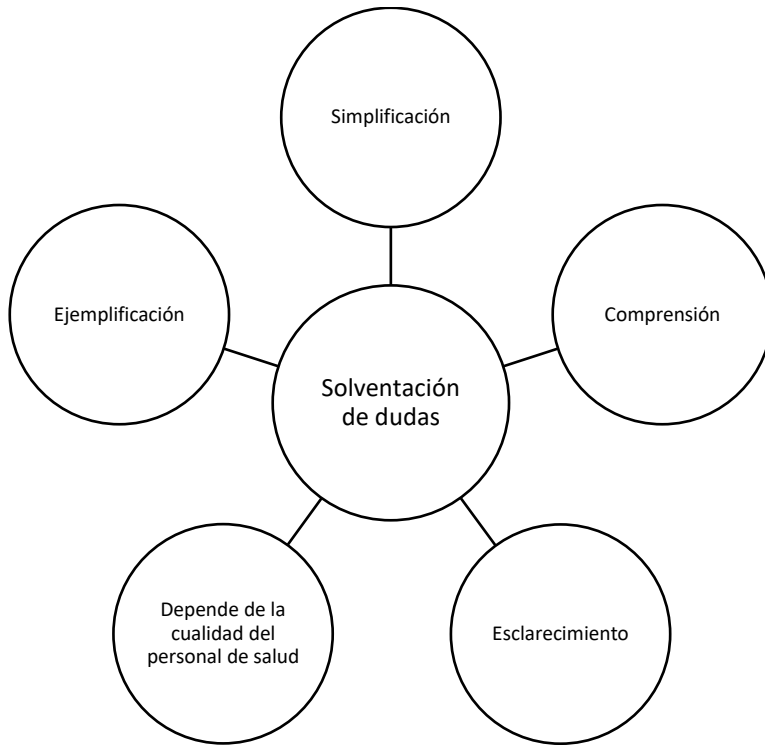
... La verdad son muy atentos y lo dejan todo bien claro, explican todo y envían también anotado específicos en la receta o en el tratamiento que uno tiene que seguir lo, lo notamos bien y nos entregan inclusive hasta una hojita con todo lo que necesitamos...

(ZMRC8GD9)

En los testimonios presentados se resalta la capacidad del médico para adaptar un lenguaje técnico a un lenguaje claro, mediante el uso de dispositivos esenciales ya sea por medios escritos, visuales, o ejemplificaciones que faciliten la comprensión del usuario y satisfagan sus dudas.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre las habilidades comunicativas por parte del personal de salud. Entre las que se destacan la simplificación, ejemplificación, comprensión, esclarecimiento de dudas dependientes de las cualidades del personal. (figura 12).

Figura 12 Solventación de dudas



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.4.4. Capacidad del personal sanitario para explicar la enfermedad

Educar a los pacientes sobre su enfermedad es una parte significativa de la relación médico-paciente. Es más probable que los pacientes sigan el plan de tratamiento si conocen bien su enfermedad. Armados con este conocimiento, son más capaces de hacerse cargo de su salud, lo que aumenta las probabilidades de una recuperación completa. (36)

Figura 13 Capacidad del personal para dar a entender la enfermedad



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras presentada en la figura 13 indica una buena capacidad por parte del personal de salud para dar a entender la enfermedad al paciente, mediante el uso de términos adecuados que expliquen y aclararen la duda y dejen satisfecho al usuario.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...Siempre tratan de ser explícitos, o sea, siempre te buscan la forma de hacerle entender a uno lo que está pasando, no, con nosotros y hacernos entender el por qué pasó desde un principio desde su origen... (ZMZJEMXN)

...Sí, la verdad sí, han usado terminología que sea adecuada para que pueda entender y en el caso de que usen términos en los cuales desconozca, pues me lo saben, buscan la manera adecuada para poderme explicar...

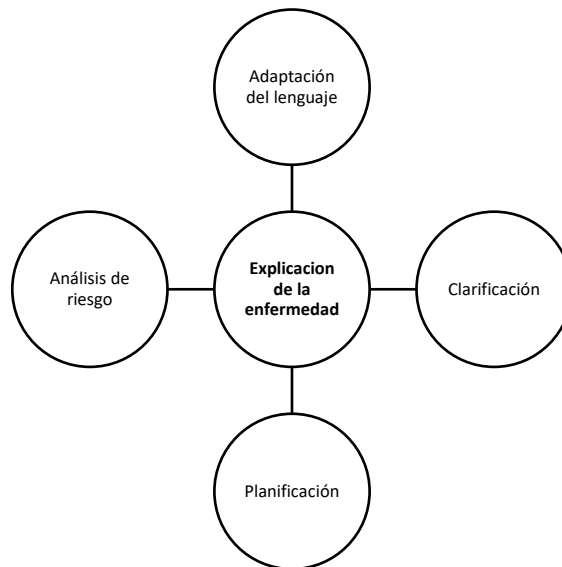
(DLTQWS7E)

...Son bastante claras con los términos de manera que toda persona de cualquier clase social, de cualquier nivel de educación, podría puede entender lo que está tratando de transmitir... (9K3Y3GHL)

En los testimonios presentados se resalta la capacidad del médico para adaptar el lenguaje y hacer comprender sobre las causas, curso y manejo de la enfermedad de forma que permita solventar las dudas sin importar la condición social o académica del usuario.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre la capacidad del personal de salud para dar a entender la enfermedad que cursa el paciente. Entre los que se destacan la adaptación del lenguaje, clarificación de dudas, planificación y análisis de los riesgos secundarios a la enfermedad.

Figura 14 Explicación de la enfermedad



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.4.5. Capacidad del equipo sanitario para explicar las opciones de tratamiento

Antes de empezar el tratamiento, es importante que el clínico se asegure de que el paciente tiene pleno conocimiento y comprensión del plan. El pronóstico del paciente mejora y la probabilidad de cumplimiento aumenta cuando comprende la justificación del tratamiento y cómo se va a administrar. Cuando los pacientes comprenden bien el plan de tratamiento, es más probable

que sigan el curso de acción prescrito y tengan menos preguntas y preocupaciones sobre su salud. Es posible que esto contribuya a aumentar la seguridad del paciente en el médico y en la calidad de la atención que recibe.(37)

Figura 15 Capacidad del personal de salud de dar a entender el tratamiento



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras presentada en la figura 15 abarca la capacidad comunicativa por parte del personal de salud hacia los usuarios para dar a entender el tratamiento instaurado, se evidencia de manera exponencial el uso del término “Bien”, para referirse a un adecuado uso del lenguaje que permiten hacer entender, clarificar y explicar el porque del tratamiento instaurado, limitando la confusión de los usuarios por medio de indicaciones concisas.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

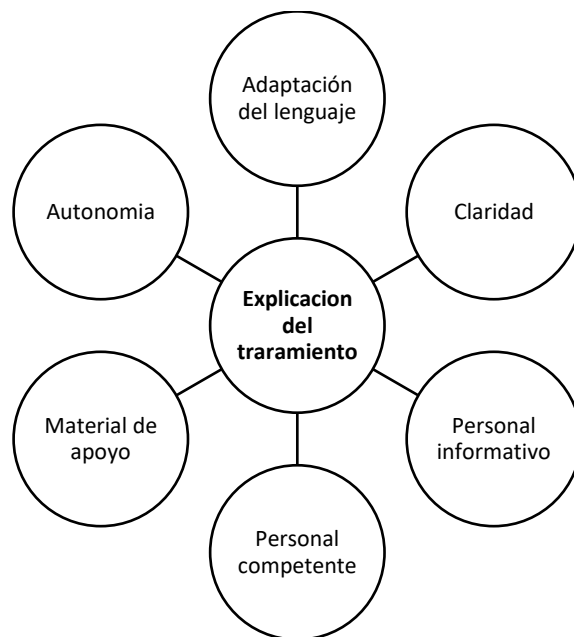
...Me detallan muy, muy, muy bien, la verdad, sí son bastante profesionales. He visto que tienen mucha paciencia tal vez también, porque a veces uno no entiende y ellos se toman el tiempo de explicar, claramente y mandarnos en la receta todo detallado para que no tengamos ninguna confusión después... (ZMRC8GD9)

...Son bastante claras en cuanto a los métodos de tratamiento, aparte te dan apertura que te permite a ti mismo encontrar el tratamiento adecuado que se adapte a tus posibilidades y a tus necesidades... (9K3Y3GHL)

En los testimonios presentados se resalta la capacidad del médico para implementar la cooperación activa del paciente en su tratamiento, permitiendo la adaptación de este a las posibilidades y necesidades sin establecer limitantes innecesarias.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre la capacidad del personal de salud para dar a entender el tratamiento instaurado. En este se resalta la adaptación del lenguaje, personal competente, uso de material de apoyo y autonomía para la elección de cada tratamiento.

Figura 16 Explicación del tratamiento



Fuente: Datos de investigación 2022
Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.4.6. Comunicación no verbal de los profesionales sanitarios.

Las expresiones inaceptables por parte del personal médico, como las muecas o las posturas, pueden afectar significativamente a la relación médico-paciente. Pueden hacer que los pacientes se sientan incómodos, desconfiados e incluso hostiles hacia los profesionales sanitarios. Los pacientes pueden ser menos comunicativos con sus médicos si no se sienten valorados por estos profesionales. Deterioro de los resultados clínicos al contribuir a las limitaciones diagnósticas y a la escasa adherencia al tratamiento. (38)

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...Bueno, he notado algo, lo he reclamado enseguida, así es que no todo es perfecto.

Siempre hay puntito negro que daña la imagen de la institución...

(4Q67NH2Q)

...Sí, sí, hay personal que haces sus muecas, sus gestos, porque a veces una molesta demasiado y ellos están ocupados, entonces ahí, ahí hacen sus muecas...

(NXEAMV5F)

...No. La verdad, no, al contrario, me he sentido muy bien, muy bien, tratado e inclusive con sonrisas que le hacen sentir seguros a uno...

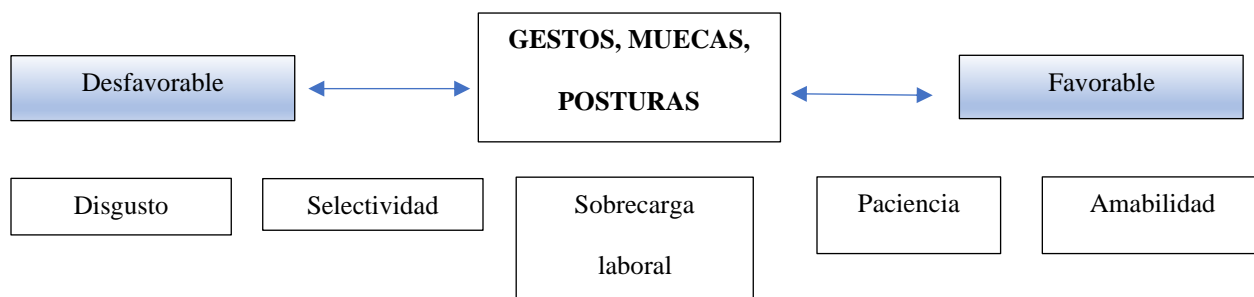
(DLTQWS7E)

En los testimonios presentados se resalta cierta preocupación por parte de los usuarios al observar gestos de cansancio y sobrecarga hacia el personal de salud, que a pesar de llamar la atención de forma negativa no afecta la prestación óptima del servicio.

En el siguiente esquema se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre la comunicación no verbal por parte del personal de salud.

Destacando una dicotomía entre una visión positiva como amabilidad y paciencia; y una visión negativa con mayor peso hacia la sobrecarga laboral y situaciones de disgusto y selectividad derivadas de la misma. (figura 17)

Figura 17 Gestos, muecas, posturas por el personal de salud



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.4.7. Comunicación entre profesionales sanitarios durante su formación

Los estudiantes de medicina deben aprender a comunicarse eficazmente con pacientes de diversos orígenes culturales. Deben ser conscientes de que el trasfondo cultural de un paciente puede ser un obstáculo para un diagnóstico y una atención eficaces. Por ejemplo, las diferencias culturales pueden afectar a la percepción y comunicación del dolor por parte del paciente o al cumplimiento del tratamiento, por lo que es fundamental tratar a cada paciente con respeto y empatía. Como resultado, el paciente puede tener una experiencia más positiva con el médico en prácticas, lo que a su vez puede perfeccionar la calidad de la atención que recibe. (39)

Figura 18 Comunicación intercultural de los estudiantes



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras presentada en la figura 18 abarca la capacidad comunicativa de los estudiantes de medicina en el contexto intercultural, se evidencia de forma exponencial el uso del término “SÍ”, un trato adecuado y cordial, la apertura comunicativa, la ganas de explicar y apoyar a los usuarios, así como las restricciones interactivas con los mismos por parte de las jerarquías hospitalarias, regidos por el personal médico a su cargo.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

... Sabrá que de ellos no les podríamos hablar por cuanto ellos muchas veces están solamente estudiando, algunos son los que se lanzan para hacer criterios y todo, de ahí ellos están a merced de los médicos de los que les están guiando, no les podría poner nada de otras cosas...

(AR3D7PB7)

... No ha sido necesario tanto conmigo el contexto de interculturalidad por lo que no podría decirlo como tal, pero considero que, si tienen algo algunas, como que herramientas o intentan, como quien dice comunicarse de mejor manera con otras personas cuando lo necesita...

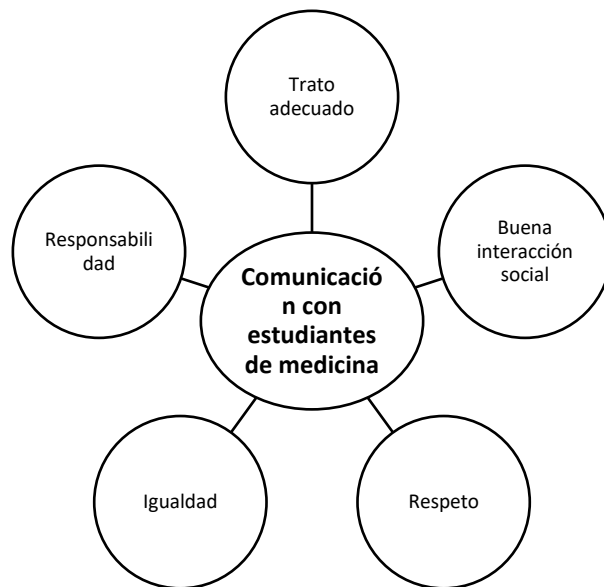
(SZBHT9DL)

... Sí, sí, para que los chicos mejor como que tienen ese deseo de atención al paciente entonces están cordiales, se les puede incluso hacer más preguntas, eh, como conversatorio entonces le dan mayor confianza, se han portado bien los jóvenes... (Q2DFTUYQ)

En los testimonios presentados se resalta la amabilidad, cordialidad, y acceso comunicativo por parte de los estudiantes generando un ambiente de mayor confianza hacia los usuarios, quienes a su vez resaltan una gran limitación de los mismos por parte de los médicos a su cargo limitando la participación activa de los mismos, y relegándolos a actividades aparentemente educativas y administrativas.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre las habilidades comunicativas por parte de los estudiantes en el contexto intercultural. En donde se destaca un trato adecuado, buena interacción social, respeto, igualdad y responsabilidad. (figura 19)

Figura 19 Comunicación con estudiantes de medicina



Fuente: Datos de investigación 2022
Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.5. ACCESO

5.5.1. Acceso a los servicios de salud

“El bienestar psicológico y físico de los pacientes puede verse afectado si creen que el personal de enfermería no los valora como personas”. (40) Puede presentarse ansiedad, depresión, baja autoestima y estrés, lo que puede empeorar los síntomas o dificultar la recuperación. “Además, puede interferir con la capacidad del paciente para expresar sus necesidades al equipo de atención médica, lo que a su vez puede afectar el curso del tratamiento y el seguimiento”. (41)

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...No, yo me siento a gusto, porque desde un inicio fui aceptado por emergencia y nunca me dijeron que, porque no acudo a mi provincia, al contrario, fui recibido de una buena manera...

(42944KR6)

...No, no, no, no al contrario me han brindado apoyo y solidaridad...

(M5ZB2Q2J)

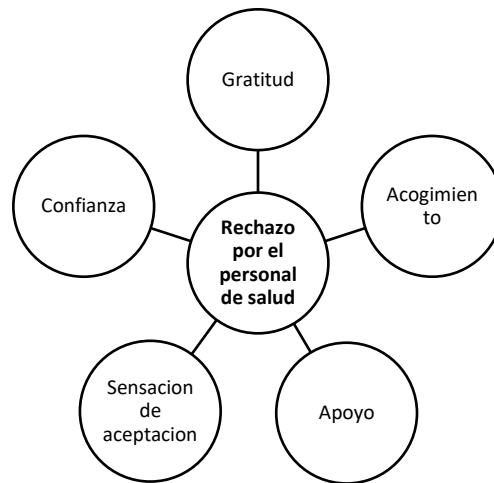
...De salud no, lo que me sientas rechazada es de los guardias...

(AR3D7PB7)

En los testimonios presentados sobresale la sensación de acogida, gratitud, conformidad, apoyo por parte del personal de salud, no obstante, hay sentimientos de rechazo, inaccesibilidad y poca comprensión por parte del personal de seguridad.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre el rechazo por parte del personal de salud. En esta se resalta la gratitud, acogimiento, apoyo, aceptación y confianza (figura 20)

Figura 20 Rechazo por el personal de salud



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.1.2. Acceso a la atención médica debido a la condición del usuario

El estatus social de un individuo se compone de su situación económica, educativa, cultural y medioambiental, y de la forma en que estos elementos afectan a su bienestar y a sus opciones vitales. Incluye los ingresos, la educación, el empleo, la ubicación, la raza/etnia, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género y la discapacidad física/mental.

El estatus socioeconómico de un paciente puede tener un impacto significativo en su acceso a la terapia y en la calidad de la atención que recibe. Los pacientes con menos recursos económicos y académicos a veces tienen menos opciones a la hora de recibir un tratamiento médico adecuado. La falta de seguro médico, de transporte o de capacidad para comprender la información médica son sólo algunos de los retos a los que se enfrentan estos pacientes y que pueden repercutir gravemente en su salud y en su experiencia a la hora de recibir atención médica.(42)

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...No, no porque yo veo que aquí a todos nos tratan por igual y todos creo que nos merecemos del mismo trato, no debería haber diferencias para nadie...

(42944KR6)

...No para nada, ósea ellos actúan profesionalmente digamos tienen ética de su profesión y, y lo desarrollan como debe ser, pero no, gracias a Dios todo bien...

(62J5B9E4)

...Yo creo que sí, yo creo que sí, porque cuando vienen otras personas les atienden rápido, les atienden muy bien y generalmente en nuestro caso si nos dejan un poquito relegadas, pero al final si no se atiende...

(NXEAMV5F)

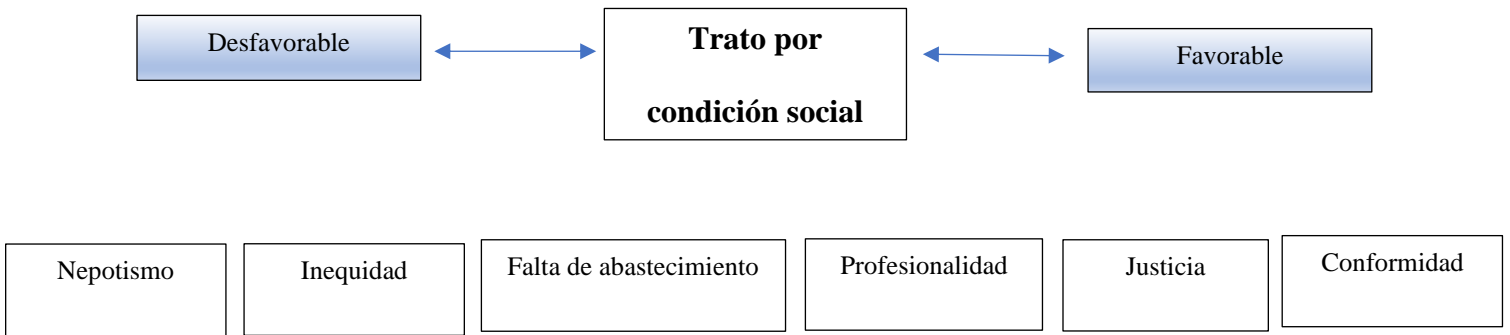
...Por lo general no, es más que por el personal médico ha sido por el personal administrativo...

(SZBHT9DL)

En los testimonios presentados se resalta que la mayoría de los usuarios ofrecen comentarios positivos a favor de la equidad ofrecida por el personal de salud, resaltando la aplicación del principio de justicia, sin embargo también se hacen presentes comentarios discordantes con lo anteriormente expuesto, resaltando que en ciertos casos el nepotismo y el poder adquisitivo, se hace notar de la mano del personal administrativo.

En el siguiente esquema se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre el trato por condición social hacia los usuarios del sistema de salud. Sobresaliendo un punto de vista positivo por parte del personal de salud destacando la conformidad, la justicia y profesionalidad, así como su contraparte negativa por parte del personal administrativo por falta de abastecimiento, inequidad y nepotismo (figura 21)

Figura 21 Trato por condición social



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.5.3. Acceso a los centros médicos locales

El acceso de un paciente a la atención sanitaria puede estratificarse a lo largo de una serie de niveles o "niveles de atención". La comprensión por parte de una persona de cuándo es necesario acudir a una clínica de atención primaria frente a una clínica especializada puede mejorarse mediante la educación en estos niveles. Si las personas no disponen de esta información, pueden buscar atención en el hospital equivocado, lo que podría prolongar su tiempo de recuperación y posiblemente empeorar su enfermedad. (43)

Figura 22 Motivos por los que acude al establecimiento de salud



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras presentada en la figura 22 abarca los principales motivos por los que los usuarios acceden a los establecimientos de salud presentados en el estudio, donde casi la totalidad de los usuarios manifestó la existencia de personal especializado que brinda mayor seguridad y confianza que el personal de salud de otras instituciones de menor complejidad, además un grupo de usuarios resalto poseer algún tipo de seguro o facilidad económica que le facilita el acceso a la institución, así como usuarios que mencionaron la aplicación del sistema de referencia, y la confianza obtenida por medio de experiencias y recomendaciones.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...Sencillamente porque es un hospital de tercer orden, y es el que tiene especialistas, entonces, por esa razón es que uno prefiere que le atiendan de manera rápida, a que esperar...

(M5ZB2Q2J)

...Pues la verdad yo cuento con un seguro, que me facilitó el acceso a este hospital, entonces para mayor seguridad por así decirlo y vine acá...

(DLTQWS7E)

En los testimonios presentados se resalta que los usuarios acuden a estas casas de salud por su capacidad resolutoria, su fácil acceso, confianza que transmite la institución, por la disponibilidad de algún tipo de seguro o potencial adquisitivo que cubra sus gastos en salud.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre el motivo por el que acuden a la casa de salud. En estas se destaca la capacidad de resolución, Emergencia, factibilidad económica, confiabilidad, cercanía y/o recomendaciones (figura 23)

Figura 23 Motivo de acudir al centro de salud

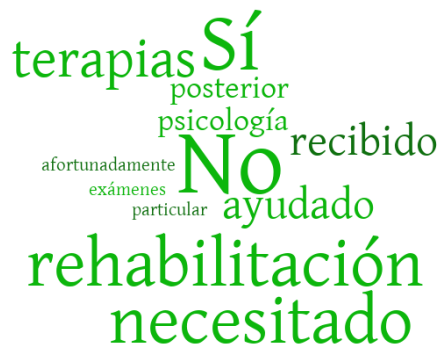


Fuente: Datos de investigación 2022
Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.5.4. Acceso a la medicina complementaria

“Cuando se usa junto con la atención médica convencional, el término "atención complementaria" se refiere a una amplia gama de prácticas diseñadas para mejorar la salud y el bienestar de los pacientes. Cada vez hay más pruebas de que algunas terapias complementarias pueden tener efectos positivos en la salud y el bienestar, lo que ha llevado a un aumento de su popularidad en los últimos años”. (44)

Figura 24 Necesidad de terapia complementaria



Fuente: Datos de investigación 2022
Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras presentada en la figura 24 abarca necesidad de terapias complementarias tales como rehabilitación física o apoyo psicológico, y estas a su vez han sido proporcionadas por la misma casa de salud, la mayoría de los usuarios no requirieron algún tipo de terapia complementaria, pero los que la requirieron si la recibieron por parte de la institución.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...La rehabilitación en tiempo de pandemia y obviamente pandemia, toda era limitado, todo era bajo horario y todo, entonces no se cumplió al 100% la, la rehabilitación...

(UWTYCBNA)

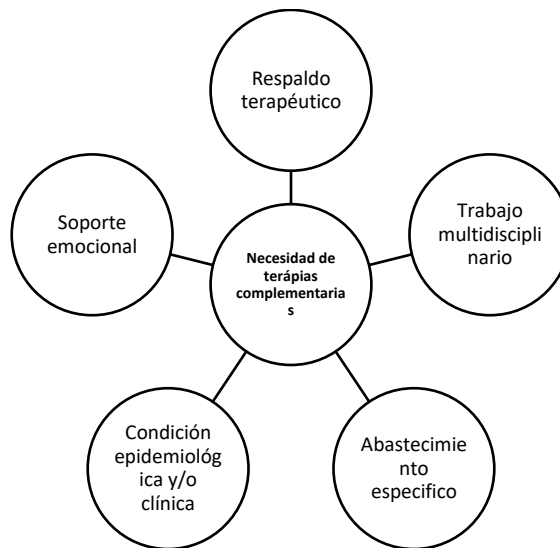
...Sí, personalmente necesité terapia respiratoria posterior a la cirugía, entonces existe un personal que venía luego de que obviamente se habló con el médico tratante sobre que estaba con estos problemas y vinieron directamente desde el mismo hospital con sus mismos materiales, que bueno al final, y me explicaron los ejercicios y ya los fui haciendo yo mismo...

(SZBHT9DL)

En los testimonios presentados se resalta el trabajo multidisciplinario ofrecido a los pacientes con requerimiento de terapias complementarias, así como la limitación de acceso a los mismos debido a factores externos “pandemia” que impidió cumplir de manera satisfactoria la programación.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre la necesidad de terapia complementaria. Entre los que destacan respaldo terapéutico, trabajo multidisciplinario, abastecimiento específico, condición epidemiológica y clínica; y soporte emocional. (figura 25)

Figura 25 Necesidad de terapias complementarias



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.5.5. Acceso a servicios de salud por condición migratoria

“Tanto la situación de inmigración legal como el país de origen desempeñan un papel a la hora de determinar si un inmigrante puede o no obtener un seguro sanitario”. (45) En algunos países, los inmigrantes tienen pleno acceso al sistema sanitario público, mientras que en otros tienen poco o ningún acceso. “La salud de una persona puede verse gravemente afectada si no puede obtener la atención médica que necesita debido a factores como su situación migratoria. Esto incluye la progresión de afecciones no tratadas, la propagación de infecciones contagiosas y un aumento de la morbilidad y la mortalidad en general”. (46)

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...No, gracias a Dios, nunca he sentido eso, me han atendido igual, como un ser humano sin necesidad de decirme que me van a deportar... (2JV9EMU4)

...No, no tiene nada que ver una institución con la otra institución, la institución de salud se encarga de la salud, la policía se encarga de los delincuentes, migraciones de los extranjeros. Y este país, perdón, y este país, el acogimiento que le ha dado a los extranjeros desde hace mucho tiempo atrás ha sido relevante en el mundo entero, con respecto a los colombianos, a los venezolanos, a los mismos chilenos, en el golpe de Chile, aquí se pobló de chilenos, se solucionó el problema y se fueron, yo me quede...

(4Q67NH2Q)

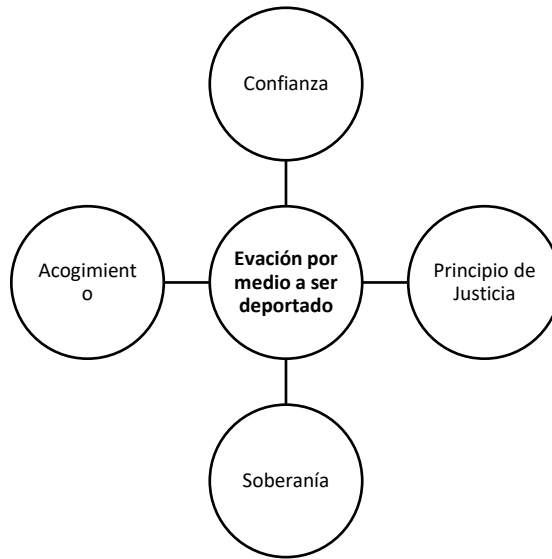
...No, de ninguna manera, no he tenido, mejor he tenido como repito la confianza de asistir a un buen hospital...

(Q2DFTUYQ)

En los testimonios presentados se resalta la acogida, respeto, igualdad y protección ofrecida por las instituciones de salud a los usuarios no ecuatorianos, así como la autoridad que reside en cada institución quien se encarga de regular la estancia de los no ecuatorianos.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre el miedo de los pacientes extranjeros a ser deportados al acceder a servicios de salud. Entre los que se destacan la confianza, el principio de justicia, soberanía y acogimiento. (figura 26)

Figura 26 Evasión por miedo a ser deportado



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.5.6. Discriminación de clientes o pacientes por estudiantes de medicina

La discriminación en cualquier ámbito, incluida la atención sanitaria, es totalmente errónea. Es importante inculcar un sentido de la ética y la moralidad en los estudiantes de medicina, ya que los prejuicios pueden tener graves consecuencias para la atención de los pacientes y generar inequidad en el sistema médico. (47)

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...No, no, no son amables, al contrario, creo que están abiertos, y tienen esa apertura para ayudar a las personas... (M5ZB2Q2J)

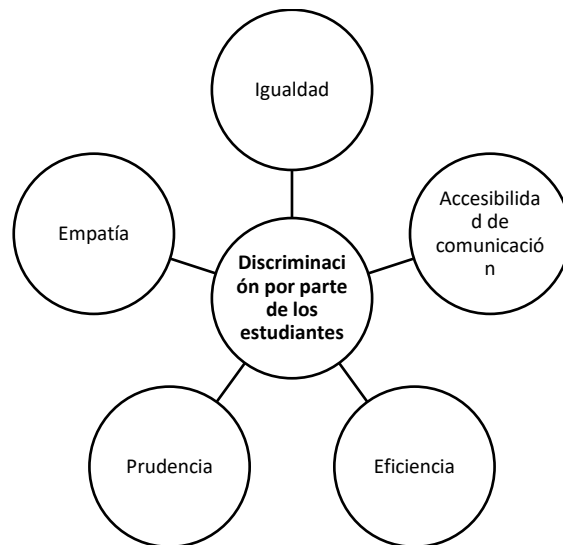
...No, como dije hace rato mejor los chicos, le dan confianza son más humanitarios, entonces yo creo que eso mejor atrae y le brinda confianza incluso para nosotros poder preguntar o acercarnos a los chicos. Ningún problema...

(Q2DFTUYQ)

En los testimonios presentados se resalta la gratitud, amabilidad, igualdad, confianza ofrecida por los estudiantes hacia los pacientes, así como cierto grado de timidez de estos al ofrecer su ayuda.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre la discriminación por parte de los estudiantes de medicina hacia los usuarios del servicio de salud. Entre los que destacan la igualdad, accesibilidad de comunicación, eficiencia, prudencia y empatía. (figura 27)

Figura 27 Discriminación por parte de los estudiantes



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.6 CONDICION DE USUARIO

5.6.1. Limitantes terapéuticas por condición ideológica de los usuarios

Las creencias religiosas o personales de un paciente pueden influir en el tipo de atención médica que recibe. Esto se debe a que algunas personas pueden tener objeciones éticas o religiosas a determinados tratamientos o procedimientos médicos. Si las creencias del paciente ponen en

peligro su vida, es sumamente importante respetar tales opiniones. Sin embargo, es importante recordar que los profesionales sanitarios deben respetar las opiniones y los valores de los pacientes y trabajar con ellos para encontrar una solución que sea ética y respete sus valores.(48)

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...Cada quien acepta sus creencias y su religión y porque por lo menos yo, me hubiese puesto que no me fuesen transfundido y aquí estoy y gracias a Dios me siento mejor por la rehabilitación de la sangre, si no me fuese puesto eso, pues estaba más débil, entonces, pero la, las religiones sí, este, está muy metidas en eso y no no dejan que todos los creyentes hagan la voluntad...

(2JV9EMU4)

...No creo que limitante, eh, eh, como le había mencionado yo, por ejemplo, yo soy testigo de Jehová y eso no ahí, por ejemplo, no aceptó sangre o eso no, pero cuando he expresado mi condición, pues no ha habido un impedimento más bien, se han dicho. Ah, bueno, si es que se diera el caso, entonces sí te diría de tomar en cuenta, eso no ve que se puede hacer, pero no, en el sentido de discriminación...

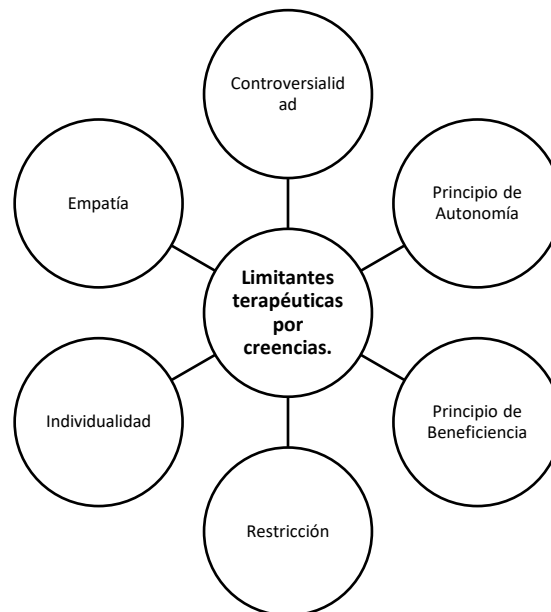
(LM59QDAM)

...No de hecho es algo que me parece interesante es que cuando ingresé, me, en la parte de la historia clínica me preguntaron tanto la o sea la religión y cuando ellos pregunte el por qué me explicaron de que era, porque debido a ciertas creencias, se me estaban algún tratamiento específico conmigo, tenían que respetarlas entonces, en ese sentido me pareció súper bueno y por ejemplo también cuestión de comidas y demás generalmente siempre se, uno se comunica con, por ejemplo dietética para que si es que uno no come alguna carne o tiene por alguna religión no puede comer ciertos alimentos, ya se puede coordinar con ellos para evitar que pasen estos incidentes, lo cual, entonces no, no he tenido problemas con esta cuestión...

En los testimonios presentados se resalta la capacidad del personal de salud para respetar y adaptar las terapias ofrecidas a los pacientes que se ven limitados por sus creencias, así respetando los principios de beneficencia y autonomía, sin embargo, los pacientes manifestaron que debido a su condición sus creencias fueron dejadas de lado para optar por un tratamiento que les ofrezca un mejor beneficio, sin que el médico haya infringido un tratamiento que ofenda sus creencias.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre las limitantes terapéuticas debidas a las creencias de los pacientes. Donde resalta la controversialidad, el principio de autonomía y beneficencia, restricción, individualidad y empatía. (figura 28)

Figura 28 Resalta la controversialidad, el principio de autonomía y beneficencia, restricción, individualidad y empatía



Fuente: Datos de investigación 2022
Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.6.2. Límites geográficos

Los pacientes deben tener fácil acceso a los centros de salud donde puedan recibir tratamiento y atención. Especialmente para las personas mayores y aquellas con problemas de salud a largo plazo, el tiempo que se tarda en llegar a un centro de salud es un factor importante en el uso o no de los servicios médicos. La falta de acceso a la atención de la salud puede dificultar el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, lo que aumenta el riesgo de consecuencias graves e incluso la muerte de los pacientes. (49)

Figura 29 Dificultad de movilización a centros de salud



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras presentada en la figura 29 abarca las dificultades de los usuarios del sistema de salud para movilizarse a las instituciones prestadoras del servicio, la mayoría de los usuarios refieren no tener ninguna dificultad para movilizarse hacia las casas de salud, debido a la ubicación adecuada, la facilidad de movilización ya sean por medios públicos o privados. Otros usuarios en menor proporción refieren que sí tuvieron ciertos inconvenientes al no poseer medios físicos o económicos que les permitan movilizarse.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...Bueno de pronto por la situación económica, de la provincia a veces creo que haría falta que en los centros de salud exista más ambulancias para que los señores pacientes puedan ser trasladados tal vez desde sus domicilios directamente al hospital... (42944KR6)

...No, además que el lugar siempre está en una buena ubicación y centralizado yo creería que centralizado y sobre todo bien localizado... (ZMRC8GD9)

En los testimonios presentados se resalta la dicotomía entre usuarios que poseen medios físicos y económicos que les permiten movilizarse sin dificultad a centros de salud, en contraposición a usuarios que se ven en necesidad de utilizar medios públicos o servicios asistenciales para poder movilizarse y acceder a la atención médica.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre la dificultad de movilización a las casas de salud. Entre los que destacan la situación geográfica, el transporte público y/o privado, movilidad, falta de prestación de servicios, orientación y accesibilidad (figura 30)

Figura 30 Movilización dificultosa



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.6.3. Calidad de la atención prestada por servidores de salud

Para garantizar que las personas que atienden a los pacientes tengan los conocimientos y las aptitudes necesarios para prestar una atención excelente, es esencial que reciban formación tanto inicial como continua. Los profesionales sanitarios que han recibido una instrucción adecuada están mejor capacitados para identificar y tratar problemas de salud potencialmente mortales, reduciendo así la probabilidad de complicaciones secundarias y errores médicos, con lo que disminuye el coste de la asistencia y aumenta la productividad. (50)

Figura 31 Capacidad del personal medico



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras presentada en la figura 31 demuestra cuán capacitado está el personal de salud, la mayoría de los usuarios reconocen que el personal de salud está bien capacitado, calificado, con adecuada preparación y los conocimientos necesarios para resolver las situaciones clínicas que se les presenten, una minoría de los usuarios reconoce que hace falta preparación.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...Siempre, por más buenos estudiantes que seamos y por la edad que tenemos, siempre nos falta algo, así que no podría decir si les falta o no les falta, se esfuerzan por entender y eso es lo importante...

(G9MTDJD6)

...Lo que sea médicos excelentes, médicos, enfermeras y eso, pero sí, como vuelvo y reitero. La situación que alcance a escuchar es verdad, los guardias de seguridad no tienen esa atención ni para tratarlo bien a las personas, hasta para dar una orden pienso yo que hay que hacerlo con respeto y ellos no lo han hecho y no lo harán...

(M5ZB2Q2J)

...Bueno considero que, eh, la relevancia o importancia que tiene el hospital la preparación de los médicos esta planta es excelente, ¿no?, recomendados, reconocidas y considero que para los chicos que están haciendo sus prácticas en dicho hospital también, pues no, deben estar los mejores bien preparados para poder no competir, sino estar al nivel de los médicos de planta, entonces si considero que estamos bien...

(Q2DFTUYQ)

En los testimonios presentados se resalta que el personal de salud está ampliamente capacitado, sin embargo, muchos usuarios refieren que, al ser un oficio con desmesurada cantidad de información, es imposible que un médico tenga todo el conocimiento, pero al mismo tiempo estos buscan satisfacer la necesidad de los usuarios. De esta interpretación se obtiene un comentario hacia los estudiantes, resaltando la adecuada adquisición de competencias para ofrecer una atención de calidad.

También se extienden comentarios negativos hacia el personal no médico, debido a la poca preparación y limitada capacidad para socializar con los usuarios a pesar de presentarse en condiciones emocionalmente críticas.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre cuán capacitado está el personal de salud. Entre las que se destacan altamente capacitado, aprendizaje constante, personal de apoyo mínimamente capacitado, capacidad limitada por área de estudio, y adecuada formación académica y adquisición de competencias. (figura 32)

Figura 32 Personal de salud capacitado



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.7 INFRAESTRUCTURA

5.7.1. Disponibilidad de medicina alternativa

El término "medicina alternativa" engloba una variedad de enfoques no convencionales para la mejoría y el mantenimiento de la salud. La eficacia de la medicina alternativa puede variar no sólo con respecto a la terapia o práctica alternativa específica, sino también con respecto a la enfermedad concreta que se esté tratando. “Muchas prácticas de medicina complementaria y alternativa han sido objeto de rigurosas investigaciones científicas y han demostrado ser

beneficiosas para el tratamiento de una amplia gama de enfermedades y afecciones. Sin embargo, hay ciertas terapias de medicina complementaria y alternativa para las que existen escasas pruebas científicas de sus beneficios o que, de hecho, pueden ser perjudiciales para la salud de una persona”. (51)

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...No me han ofrecido mejor yo he estado buscando una medicina alternativa...

(UWTYCBNA)

...Bueno, ese tipo de, de medicamento no, no, no, por ejemplo, en ginecología algún medicamento natural, sí me sí me recomendaron, el mismo médico aparte de lo que él me ha mandado, no de la receta normal de ahí lo demás, no, no he tenido...

(Q2DFTUYQ)

En los testimonios presentados se resalta el poco o nulo ofrecimiento de terapias alternativas por parte de las entidades tanto públicas como privadas, es más, son los mismos usuarios quienes buscan estas terapias alternativas por medios particulares.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre las terapias alternativas. Entre las que se destacan sugerencia, escasa evidencia, falta de información, acceso por medios propios y complementariedad. (Figura 33)

Figura 33 *Apertura a tratamientos alternativos*



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.7.2. Uso de dispositivos asistenciales

“La implantación de tecnología de apoyo como la traducción, los intérpretes y la señalización es fundamental para que las instituciones sanitarias garanticen que todos los pacientes tengan acceso a información crítica en un idioma que puedan entender y que los pacientes, los visitantes y el personal puedan desplazarse fácilmente por las instalaciones”. (52) “Esto es de vital importancia en los centros sanitarios, ya que es posible que los pacientes no puedan hablar la lengua dominante, que no entiendan la lengua dominante y que estén sufriendo una experiencia estresante debido a su estado de salud”. (53)

Figura 34 Dispositivos asistenciales



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras presentada en la figura 34 abarca la aplicación de los dispositivos asistenciales y su utilidad en los establecimientos de salud, la mayoría de los usuarios refieren haber observado la señalética de las casas de salud, mencionado aspectos positivos como letreros entendibles, ubicación adecuada, notoriedad, que permiten una mayor orientación, conjuntamente con traducciones que se consideran adecuadas debido a la población ecuatoriana, así como la necesidad de incrementar las mismas. A su vez una minoría de los usuarios refirió mostrar poco interés y no haber notado los dispositivos.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...Por supuesto, si ahí están los dos idiomas oficiales del Ecuador, español y quichua... (4Q67NH2Q)

...O sea, sí, sí, están, visiblemente al alcance de todo el personal que se maneja por acá y sí sí hay, Lo que sí sería bueno es incrementar, no he visto, pero parece que creo que sería incrementar de las etnias que tenemos aquí en el Ecuador para que puedan también ellos, eh, traducir porque muchas personas que no son tan letradas y con su etnia... (3VPH94ZX)

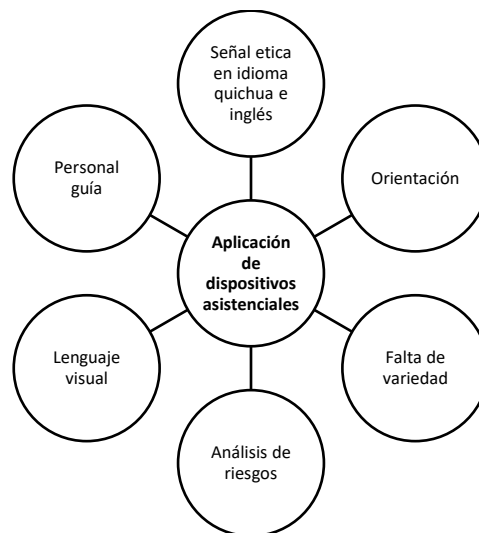
...Si han notado la, la, la toda la señalización es y la verdad son bastantes legibles, entendibles en y sobre todo uno puede localizarse de manera, además, que cualquier persona que no se encuentre si algo no entiende, nos explican detalladamente desde que uno ingresa...

(ZMRC8GD9)

En los testimonios presentados se resalta la utilidad de los dispositivos asistenciales sobre todo como herramienta de orientación, se resalta la facilidad para entenderlos, así como la necesidad de incrementar dichos dispositivos adaptados a los lenguajes oficiales del país.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre la aplicación de dispositivos asistenciales. Entre las que se destacan la señalética en idioma quichua e inglés, orientación, falta de variedad, análisis de riesgos, lenguaje visual y personal guía. (figura 35)

Figura 35 Aplicación de dispositivos asistenciales



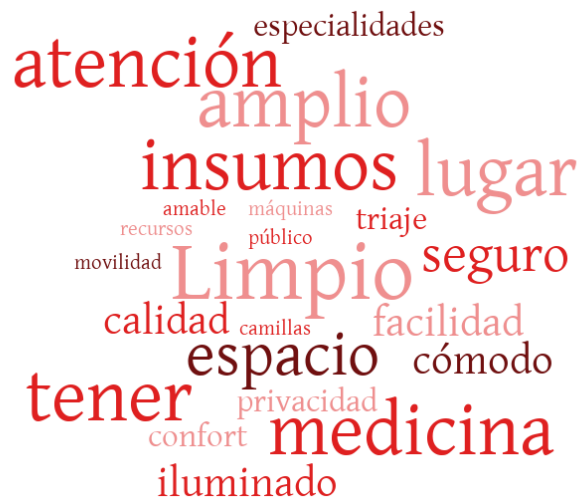
Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.7.3. Ambiente apto para la atención médica

“Al hablar de la atención al paciente, el término "entorno adecuado" se refiere tanto al lugar real donde se presta la terapia como a las condiciones circundantes”(54). “Un entorno médico competente debe cumplir ciertas normas de limpieza, accesibilidad, seguridad y confidencialidad para preservar la salud y el bienestar tanto de los pacientes como del personal médico. También debe contar con personal competente que desprenda una actitud positiva y con la tecnología y el equipamiento médico necesarios para proporcionar una atención excelente”. (55)

Figura 36 Ambiente adecuado para la atención medica



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

La nube de palabras presentada en la figura 36 abarca el área ideal de los usuarios para recibir atención médica, en donde la totalidad de los usuarios refirió que debería ser un ambiente limpio, privado, iluminado, seguro, donde la atención sea de calidad y que cuente con personal especializado así como con insumos, maquinaria y medicinas suficientes para satisfacer la demanda de usuarios, a su vez los usuarios manifestaron la necesidad de espacios adaptados para la comodidad de los trabajadores del lugar.

A continuación, se presentan los testimonios más representativos referentes al tema:

...Lo que sería para mí algo primordial sería un poco el ambiente que sea inocuo, que esté limpio, este ordenado, que tenga medicinas porque muchas veces en las en las citas que he tenido muchas veces me toca ir a conseguir a mí mismo afuera, no, pero eso también un lugar privado donde yo pueda sentirme seguro y que nadie puede escuchar, ¿no?, porque obviamente nosotros que es algo también muy bueno para la atención médica... (ZMZJEMXN)

... Que el paciente pueda sentirse cómodo, y el medico tenga un trato personal, yo digo que una de las cosas que hay que, aquí en Ecuador yo no veo, no hay ese calor humano con el paciente, pues, pero no sé si es porque el COVID todas esas cosas ha hecho que se mantenga distanciado un poco el médico del paciente, pues, pero si es bueno que el paciente se sienta cómodo que pueda hablar y decir lo que siente para ser atendido... (2JV9EMU4)

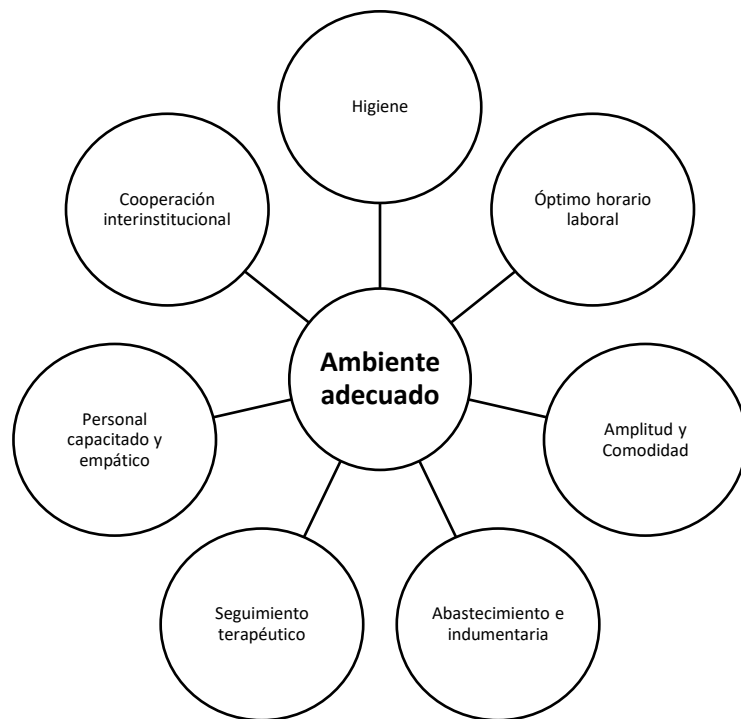
...El trato, es lo más importante y olvidarse de la condición política, condición social, condición étnica, religiosa, etc.. hay que darle la atención al que lo necesita. Y para eso ustedes los médicos, ustedes no se fijan en un accidente, no se fijan en sí tiene plata, no tiene plata el paciente que está ahí. El juramento que hacen es atenderlo y lo atienden...

(4Q67NH2Q)

En los testimonios presentados se resalta la necesidad de los usuarios de no ser vistos como los portadores de una enfermedad sino más bien como seres humanos, tratando su condición tanto física como emocional, se resalta además la necesidad de una atmosfera adecuada, la prestación de servicios, la distribución adecuada de recursos, así como la necesidad de que el médico no solamente sea un ente de conocimiento, sino se lo idealice como un ente empático.

En el siguiente diagrama se presentan los componentes más relevantes resaltados por las voces de los entrevistados sobre cómo debería ser un ambiente adecuado para recibir la atención médica. Entre las que se destacan la higiene, óptimo horario laboral, amplitud y comodidad, abastecimiento e indumentaria, seguimiento terapéutico, personal capacitado y empático; y cooperación interinstitucional. (figura 37)

Figura 37 Ambiente adecuado



Fuente: Datos de investigación 2022

Autor: Alexander Proaño - Duver Morejón

5.8. Limitaciones de la investigación

Dado que no existen estudios nacionales o regionales similares al presente estudio, su análisis etnográfico aún no puede compararse con otros estudios. Sus novedosas conclusiones allanan el trayecto para la elaboración de nuevos estudios en el área de la salud intercultural en los

servicios sanitarios nacionales y extranjeros, a partir de los cuales se puedan extrapolar normas y recomendaciones para el desarrollo de sistemas de atención sanitaria culturalmente apropiados.

A pesar del uso de un lenguaje sencillo, del apoyo de una herramienta física como la entrevista, de la reestructuración de las preguntas y de su ilustración, se encontraron dificultades en la comunicación con los participantes; se obtuvieron respuestas monosilábicas, cortas y poco analógicas, lo que no permitió aumentar el número de opciones de análisis, limitando así la capacidad interpretativa de los investigadores.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES DE RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio arrojan luz sobre las perspectivas de los destinatarios de la atención sanitaria en las instituciones terciarias de la ciudad en relación con los factores, los valores y la gestión médica de los servicios de salud para pacientes de diferentes orígenes culturales.

- Se pudo destacar que no se encontró discrepancias en la disponibilidad de estos servicios entre las instituciones estudiadas. El personal médico proporciona una atención de alta calidad, adaptada a las necesidades individuales del paciente, respetuosa con las creencias, la cultura y la visión del mundo del individuo, y que brinda apoyo emocional. Se constató que no había diferencias entre los hospitales públicos y privados en cuanto a la atención y las aptitudes del personal médico.
- Existe una comunicación adecuada entre los profesionales sanitarios y los usuarios, a pesar de la presencia de múltiples barreras sociales, económicas y educativas. Los profesionales de la medicina, como médicos, enfermeros y estudiantes, suelen buscar herramientas que ayuden a descomponer conceptos complejos en trozos de datos más manejables. Todos los hospitales del estudio tenían la misma dotación de personal, y no hubo diferencias significativas en la capacidad de los médicos para comunicarse con los pacientes.
- Los pacientes recibían atención adecuada que respetaba la dignidad de cada uno y la gravedad de su enfermedad, independientemente de su situación socioeconómica o su origen cultural. Las necesidades de los pacientes se satisfacían de la misma manera en todos los centros encuestados.

- Dijeron que las alternativas terapéuticas a su disposición se ajustaban a sus valores y capacidades, y que incluso si se veían en la necesidad de someterse a procedimientos que iban en contra de sus opiniones, optarían los que más les beneficiaran. Los usuarios de los centros médicos afirmaron que no se enfrentaban a ninguna restricción como consecuencia de sus creencias sociales o ideológicas. Consideraban que las terapias proporcionadas se adaptaban a sus necesidades y expectativas. No se encontraron limitaciones en relación con la dualidad salud-enfermedad, relacionadas con la condición del usuario.
- Se ha producido un cambio radical en la relación médico-paciente como consecuencia del mayor acceso de los pacientes a la información y los recursos sanitarios, y de un cambio concomitante en la cultura médica, en la que los médicos reciben formación para escuchar y comprender mejor las necesidades de sus pacientes. Esto ha dado lugar a una colaboración más equitativa y centrada en el paciente, que ha permitido a médicos y pacientes trabajar juntos para tomar decisiones informadas sobre su atención, lo que se traduce en una mejor asistencia sanitaria y mejores resultados clínicos para los pacientes.

6.2. RECOMENDACIONES

MÉDICO

- Conocer las diferencias culturales en las prácticas, creencias y valores médicos para proporcionar un tratamiento que este acorde a estas diferencias.
- Tener en cuenta las prácticas médicas tradicionales y las creencias culturales a la hora de diagnosticar y tratar a los pacientes.
- Proporcionar a los pacientes información precisa y concisa sobre su enfermedad, las opciones de tratamiento, y responder a sus preguntas e inquietudes de forma comprensible.
- Evitar reforzar supersticiones y prejuicios al tratar a los pacientes, y tratar a todos los pacientes con respeto y dignidad, sin importar su origen cultural.

HOSPITALES

- Formar al personal del hospital sobre las diferencias culturales en las prácticas, actitudes y valores médicos para garantizar un trato culturalmente sensible.
- Cuando proceda, proporcionar traductores o intérpretes para garantizar que los pacientes entienden las preguntas y las instrucciones.
- Tener en cuenta las creencias culturales del paciente y los procedimientos médicos convencionales a la hora de diagnosticar y tratar al paciente.

UNIVERSIDAD

- Incorporar la educación intercultural a los planes de estudio de los programas de medicina, enfermería y otras profesiones de la salud para garantizar que los estudiantes estén preparados para prestar una atención que tenga en cuenta las diferencias culturales.

- Ofrecer programas de formación y desarrollo profesional al profesorado y al personal investigador para garantizar que están capacitados para llevar a cabo investigaciones sanitarias interculturales de forma ética y satisfactoria.
- Fomentar las relaciones entre la institución y la comunidad para garantizar la participación y una comunicación eficaz.

GOBIERNO

- Desarrollar políticas y programas de salud, tomando en cuenta las diferencias culturales e implicar a los líderes de la comunidad y a los expertos culturales en el desarrollo y la aplicación de estas políticas.
- Proporcionar servicios sanitarios inclusivos y sensibles a las diferencias culturales.
- Garantizar que la información sanitaria esté disponible en varios idiomas.
- Respetar las costumbres y creencias culturales a la hora de prestar asistencia sanitaria.

POBLACIÓN

- Explorar las numerosas culturas y prácticas relacionadas con la salud de la comunidad.
- Tratar de comprender y apreciar las diferencias culturales en las perspectivas de enfermedad y tratamiento.
- Colaborar con profesionales sanitarios de otras culturas y grupos para prestar una atención intercultural y equitativa.

Referencias

1. Collazos f, Qureshi A, Morales N. COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES [Internet]. España; 2020. [citado el 12 de octubre de 2022]. Available from: http://interact-erasmus.eu/wp-content/uploads/2020/05/Programa_Salud-Mental_ESP.pdf
2. Nápoles-Springer AM, Santoyo J, Houston K, Pérez-Stable EJ, Stewart AL. Percepciones de los pacientes sobre los factores culturales que afectan la calidad de sus encuentros médicos. Expectativas de salud [Internet]. 2005 [citado el 12 de octubre de 2022];8(1):4–17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15713166/>
3. Renzaho AMN, Romios P, Crock C, Sønderlund AL. La efectividad de los programas de competencia cultural en la atención médica centrada en el paciente de minorías étnicas: una revisión sistemática de la literatura. Int J Qual Health Care [Internet]. 2013 [citado el 12 de octubre de 2022];25(3):261–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343990/>
4. Villavicencio DPG. Efectos de la política de gratuidad de los servicios Salud del MSP en el Ecuador [Internet]. [Quito]: USFQ; 2016. [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5737/1/126607.pdf>
5. Rodríguez CD. El derecho a una salud intercultural. Rev filos teor política [Internet]. 2021;(51):e032. [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.14251/pr.14251.pdf.
6. Josef Drexler, Rosendo Iván Rojas Reyes, Ángel Polibio Chalán Chalán, David Acig Balarezo. La paridad en el mundo andino. MASKANA [Internet]. 2015; Disponible en: <file:///Users/iAlex/Downloads/edison-timbe-6207.pdf>

7. Ventola CL. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices [Internet]. P T. 2014 [citado el 12 de octubre de 2022];39(7):491–520. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4103576/>
8. COE. Libro Blanco sobre el Diálogo Intercultural [Internet]. Estrasburgo; 2008. [citado el 12 de octubre de 2022]; Disponible en: https://www.coe.int/t/dg4/intercultural/Source/Pub_White_Paper/WhitePaper_ID_Spanish_Version.pdf
9. OPS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas [Internet]. Washington; 2009. [citado el 12 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>
10. Alizadeh S, Chavan M. Distancia cultural percibida en la atención médica en encuentros médicos interculturales inmigrantes. Int. Migración [Internet]. 2020 [citado el 12 de octubre de 2022];58(4):231–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/imig.12680>
11. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Parque ER. Competencia cultural y disparidades en el cuidado de la salud: perspectivas y tendencias clave. Asuntos de salud (Millwood) [Internet]. 2005 [citado el 12 de octubre de 2022];24(2):499–505. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15757936/>
12. Almeida Vera L, Almeida Vera L. Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. Medisan [Internet]. 2014 [citado el 12 de octubre de 2022];18(8):1170–83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800019

13. Galarraga Carvajal. La atención del servicio de consulta externa del hospital Quito N° 1 de la policía nacional y su incidencia en la satisfacción de los usuarios [Internet]. UTI; 2014 [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/500/1/TESIS%20BURBANO%20ENR%20c3%8dQUEZ%20IRENE%20ARMANDA.pdf>.
14. Cedeño FLA, Suárez Montes ND. La salud como derecho consagrado en la Constitución de la República del Ecuador. Polo del Conocimiento: Revista científica - profesional [Internet]. 2020 [citado el 12 de octubre 2022];5(12):743–58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8042558>
15. Santamaria-Romero Y, Suárez-Romero C. Análisis del sistema de salud pública en Ecuador. JOF [Internet]. 2019 [citado el 12 de octubre 2022];1(1):17–28. Disponible en: <https://rfinanzas.com/index.php/RDF/article/view/2>
16. Plutarco N, Margarita V, Abad M, Machuca E, Granda F, Sacoto E, La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. OPS; [Internet]. 2007. [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34945>
17. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado el 12 de octubre de 2022];31(6):382–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-atencion-primaria-salud-13046190>
18. Asamblea nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. 2008 [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en:

https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf

19. Miele KDU. Análisis De Casos En Admisión Del Usuario A Los Servicios De Salud [Internet]. 2022 [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.coursehero.com/file/145896523/AN%C3%81LISIS-DE-CASOS-EN-ADMISI%C3%93N-DEL-USUARIO-A-LOS-SERVICIOS-DE-SALUDpdf/>
20. Mero DC, Costales DP, Yépez DM. Modelo de atención integral del sistema nacional de salud (MAIS) [Internet]. 2012. [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf
21. Gafas González C, Roque Herrera Y, Bonilla Pulgar GE. Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. Educación médica [Internet]. 2019;20:136–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300214>
22. OMS. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. 2020. [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
23. Arteaga EL, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. Saúde em Debate [Internet]. 2012 [citado el 12 de octubre de 2022];36(94):402–13. Disponible en: <https://scielosp.org/article/sdeb/2012.v36n94/402-413/es/>

24. Álvarez M. Salud e interculturalidad en el Ecuador. ¿El de salud intercultural abre espacios a una práctica médica alternativa? estudio práctico en la sección de ginecoobstetricia para adolescentes en el hospital isidro ayora de quito [Internet]. [Quito]: PUCE; 2012. [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7548/6.H02.001176.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
25. Avila C. Mejoramiento del Acceso Cultural al Subcentro de Salud de Santa Clara: Utilización de recursos y estrategias locales [Internet]. [Quito]: PUCE; 2012. Disponible en: <https://repositoriointerculturalidad.ec/jspui/bitstream/123456789/2654/1/TESIS%20FINA%20L%20ISP.pdf>
26. Jiménez Barbosa WG, Granda Kuffo ML, Ávila Guzmán DM, Cruz Díaz LJ, Flórez Parra JC, Mejía LS, et al. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Univ Salud [Internet]. 2017 [citado el 12 de octubre de 2022];19(1):126. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2530>
27. OPS. Harmonization of Indigenous and Conventional Health System in the Americas [Internet]. 2002 [citado el 12 de octubre de 2022];. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/INDI49eng.pdf>
28. Fariño-Cortez J, Cercado-Mancero A, Vera-Lorenti E, Valle-Flores J. Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención brindada en las unidades operativas de atención primaria de salud [Internet]. revistaespacios.com. [citado el 23 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://ww.revistaespacios.com/a18v39n32/a18v39n32p22.pdf>

29. Rodríguez CAA. Evaluación de la influencia de la repotenciación del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” en la producción de salud [Internet]. [Quito]: PUCE; 2018. [citado el 12 de octubre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15252/disertacion-Cristina%20Almeida.pdf?sequence=1>.
30. IESS-HCAM. Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. [Online]. [Quito]; 2019. Acceso 12 de octubre de 2022. Disponible en: <https://hcam.iess.gob.ec/quienes-somos/>.
31. Coordinación General de Planificación y Estadísticas HCAM. Cobertura del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín [Internet]. 2021. [citado el 12 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/18850788/COBERTURA+2021+HCAM>
32. Hospital Metropolitano. Responsabilidad Social [Internet]. 2018. [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalmetropolitano.org/es/hospital/responsabilidad-social>
33. Zhou Z, Si Y, Fan X. La asociación entre la comunicación centrada en el paciente y la calidad de la atención primaria en las zonas urbanas de China: Evidencia de un estudio estandarizado de pacientes. Frente de Salud Pública [Internet]. 2021 [citado el 6 de febrero de 2023];9:779293. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35186869/>
34. Rosenstein AH, O'Daniel M. Una encuesta sobre el impacto de los comportamientos perturbadores y los defectos de comunicación en la seguridad del paciente. Jt Comm J Qual Patient Saf [Internet]. 2008 [citado el 6 de febrero de 2023];34(8):464–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18714748/>

35. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Atención y resultados centrados en el paciente: una revisión sistemática de la literatura: una revisión sistemática de la literatura. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2013 [citado el 6 de febrero de 2023];70(4):351–79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23169897/23>.
36. Forbes R, Clasper B, Ilango A, Kan H, Peng J, Mandrusiak A. Efectividad de la capacitación en educación del paciente sobre el desempeño de los estudiantes profesionales de la salud: una revisión sistemática. *Consejos de Educación al Paciente* [Internet]. 2021 [citado el 6 de febrero de 2023];104(10):2453–66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33678497/>
37. Mastil, S. Sobre la importancia de la comunicación no verbal en la interacción médico-paciente. *Consejos de Educación al Paciente* [Internet]. 2007 [citado el 6 de febrero de 2023];67(3):315–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17478072/>
38. Danielson E, Melin-Johansson C, Modanloo M. Adherence to Treatment in Patients with Chronic Diseases [Internet]. 2019 [citado el 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6779922/>
39. Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J. Culturally competent healthcare systems. *Am J Prev Med* [Internet]. 2003 [citado el 6 de febrero de 2023];24(3):68–79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12668199/>
40. Elizabeth A. Pascoe LSR. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review [Internet]. *Pubmed*. 2009 [citado 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2747726/>

41. Everett BG, Onge JS, Mollborn S. Effects of minority status and perceived discrimination on mental health. *Popul Res Policy Rev* [Internet]. 2016 [citado el 6 de febrero de 2023];35(4):445–69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30867619/>
42. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado el 6 de febrero de 2023];37(2):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007
43. Murtagh S, McCombe G, Broughan J, Carroll Á, Casey M, Harrold Á, et al. Integrating primary and secondary care to enhance chronic disease management: A scoping review. *Int J Integr Care* [Internet]. 2021 [citado el 6 de febrero de 2023];21(1):4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33613136/>
44. Harris P, Rees R. The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complement Ther Med* [Internet]. 2000 [citado el 6 de febrero de 2023];8(2):88–96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10859601/>
45. Ravichandiran N, Mathews M, Ryan BL. Utilization of healthcare by immigrants in Canada: a cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey. *BMC Prim Care* [Internet]. 2022 [citado el 6 de febrero de 2023];23(1):69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35387597/>
46. Bustamante AV, Chen J, McKenna RM, Ortega AN. Health care access and utilization among U.s. immigrants before and after the Affordable Care Act. *J Immigr Minor Health*

- [Internet]. 2019 [citado el 6 de febrero de 2023];21(2):211–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29633069/>
47. Carrese JA, Malek J, Watson K, Lehmann LS, Green MJ, McCullough LB, et al. The essential role of medical ethics education in achieving professionalism: the Romanell Report: The romanell report. *Acad Med* [Internet]. 2015 [citado el 6 de febrero de 2023];90(6):744–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25881647/>
 48. Rego F, Gonçalves F, Moutinho S, Castro L, Nunes R. The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020;19(1):22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-020-0525-3>
 49. Chan L, Hart LG, Goodman DC. Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries. *J Rural Health* [Internet]. primavera de 2006 [citado el 6 de febrero de 2023];22(2):140–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16606425/>
 50. Agha S. Aligning continuing professional development (CPD) with quality assurance (QA): a perspective of healthcare leadership. *Qual Quant* [Internet]. 2022;56(2):447–61. [citado el 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11135-021-01138-2>
 51. Peña A, Paco O. Medicina alternativa: intento de análisis. *An Fac Med (Lima Perú)* 1990 [Internet]. 2007 [citado el 6 de febrero de 2023];68(1):87–96. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000100012&script=sci_abstract
 52. Rodrigues R, Coelho R, Tavares JMRS. Diseño de señalización de atención médica: una revisión de las recomendaciones para sistemas de señalización efectivos. *MANADA* [Internet]. 2019 [citado el 6 de febrero de 2023];12(3):45–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30501404/>

53. Rousek JB, Hallbeck MS. Mejora y análisis de la señalización en un entorno sanitario. *Aplicación Ergon* [Internet]. 2011 [citado el 6 de febrero de 2023];42(6):771–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21281930/>
54. Huisman ERCM, Morales E, van Hoof J, Kort HSM. Ambiente curativo: una revisión del impacto de los factores ambientales físicos en los usuarios. *Construir entorno* [Internet]. 2012;58:70–80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360132312001758>
55. Nordin S, Swall A, Anåker A, von Koch L, Elf M. ¿Importa el entorno físico? - Un estudio cualitativo de las experiencias de los profesionales sanitarios en las unidades de ictus de nueva construcción. *Int J Qual Stud Salud Bienestar* [Internet]. 2021 [citado el 6 de febrero de 2023];16(1):1917880. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34240677/>

ANEXOS

ANEXO 1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO OBSERVACIONAL.

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN PERCEPCIÓN SOBRE CONSIDERACIONES, VALORES EN LA ATENCIÓN Y MANEJO MÉDICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PACIENTES DE DIFERENTES GRUPOS CULTURALES QUE ACUDEN A LOS HOSPITALES: CARLOS ANDRADE MARÍN, METROPOLITANO Y EUGENIO ESPEJO.

NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Alexander Patricio Proaño Reyes

Duver Alexis Morejón Cadena

NOMBRE DEL PATROCINADOR:

No aplica

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN:

HOSPITALES: CARLOS ANDRADE MARÍN, METROPOLITANO Y EUGENIO ESPEJO

INTRODUCCIÓN:

La deficiencias en el sistema de salud que brindan los centros de salud pública se ve reflejado en la poca aceptación que tienen por parte de pacientes que asisten a estas instituciones, siendo una de las principales causas la pésima atención que brindan a los usuarios, el escaso conocimiento por parte del personal de salud de los hospitales Carlos Andrade Marín y Eugenio Espejo, sobre interculturalidad, hecho que hace que existan constantes quejas de parte de los usuarios, por la atención que reciben en estos centros de salud, sin embargo en el hospital Metropolitano, hospital privado la aceptación es totalmente diferente, en donde los usuarios demuestran total satisfacción a la atención que reciben desde el momento mismo de su ingreso a esta institución, siendo lo único inaccesible los costos que deben cancelar por los servicios que reciben.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Con esta estudio se pretende enfocar los servicios que brindan los centros de salud pública, identificar los factores culturales y los derechos que deben asistir a los usuarios que acuden a estos centros, el aspecto cultural es muy importante y necesario aceptando, respetando las tradiciones culturales, brindando una atención con calidad y calidez humana de parte del personal de salud y que los usuarios no sean discriminados por su cultura o por su raza, por lo que es importante reflexionar y dar a conocer a la sociedad en su conjunto que toda persona merece ser respetada con sus usos costumbres, accionando mediante la concientización al personal de salud y respetando los valores culturales de cada uno de sus usuarios.

PROCEDIMIENTOS:

Elaboración de entrevistas

Aplicación de entrevistas

Análisis y Tabulación de resultados

Conclusiones y Recomendaciones

RIESGOS:

No exista colaboración por parte de la población

No exista apoyo por las autoridades Institucionales

BENEFICIOS:

Las autoridades de estas instituciones de salud analicen y tomen los resultados a fin de buscar estrategias de mejoras a estos problemas.

COSTOS Y COMPENSACIÓN:

Ninguna de las actividades a realizar en esta investigación tendrá costo alguno para los participantes o para el representante legal, además no se recibirá compensación alguna por la participación en este estudio.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:

La información que se obtenga será estrictamente confidencial, solo se entregara a las autoridades pertinentes.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE:

La participación de los usuarios externos es totalmente voluntaria, por lo que los participantes o su representante legal pueden retirar su consentimiento en el momento que lo deseen. Además, si los participantes o el representante legal deciden retirarse los datos obtenidos serán eliminados y no podrán utilizarse con ningún fin. Esto no causará ninguna penalidad a los participantes y no tendrá ningún impacto en salud que por ley les corresponde.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Alexander Patricio Proaño Reyes

Mail: alexproa11@gmail.com

Telefono : 0979181298

Duver Alexis Morejón Cadena

Mail: morejonduver0@gmail.com

Teléfono: 0998231831

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ (nombres completos del sujeto/representante legal) de _____ (colocar los nombres completos del representado/a): _____ comprendo que mis datos personales y/o información brindada o los de mi representado/a serán utilizados con fines de investigación cuyo objetivo previamente me fue explicado. Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de los datos de mis datos personales y/o información brindada o los de mi representado/a en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales y/o información brindada o los de mi representado/a. Entiendo que los datos confidenciales serán utilizados exclusivamente para la investigación propuesta, y solo eventualmente para investigaciones posteriores relacionadas con la misma línea de investigación, para las que se otorgue explícitamente y en su momento, un nuevo consentimiento informado escrito previo a la aprobación del protocolo respectivo por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos reconocido por el Ministerio de Salud Pública. En virtud de lo cual, voluntariamente (Marque con una X):

ACEPTO NO ACEPTO

Nombres completos del sujeto /representante legal-----

Cédula de ciudadanía/ pasaporte del sujeto/representante legal-----

Firma/huella digital del sujeto/representante legal-----

Fecha y lugar -----

Correo electrónico del sujeto-----

Nombres completos del testigo-----

Cédula de ciudadanía del testigo-----

Firma del testigo-----

Fecha y lugar-----

Nombres completos del responsable de tomar este documento-----
Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento -----
Firma del responsable de tomar este documento-----
Fecha y lugar-----

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo (nombres completos del sujeto/representante legal de (colocar los nombres completos del representado/a), a pesar de haber aceptado inicialmente que mis datos personales y/o información brindada o los de mi representado/a sean utilizados en investigaciones REVOCO lo antes mencionado, y solicito que mis datos personales y/o información brindada o las de mi representado/a, así como la información obtenida de los mismo sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley me corresponden o a los derechos de mi representado/a.

Nombres completos del sujeto /representante legal-----
Cédula de ciudadanía/ pasaporte del sujeto/representante legal-----
Firma/huella digital del sujeto/representante legal-----
Fecha y lugar-----

Nombres completos del testigo-----
Cédula de ciudadanía del testigo-----
Firma del testigo-----
Fecha y lugar-----

Nombres completos del responsable de tomar este documento-----
Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento-----
Firma del responsable de tomar este documento-----
Fecha y lugar-----

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Lea cuidadosamente el siguiente cuestionario, por favor responda todas las preguntas, encierre las opciones o llene los espacios según corresponda. Si no comprende alguna pregunta con gusto se explicaremos:

Edad _____ Sexo _____ Etnia _____
Lugar de residencia _____ Institución _____

COMUNICACIÓN

1. ¿Cómo ha sido tratado por el personal de salud?
2. ¿Qué cosas positivas ha experimentado al asistir al médico?
3. ¿Cuándo usted tiene dudas el personal de salud aclara o ensombrece la misma?
4. ¿Qué tan fácil se hace entender el personal de salud en cuanto a la enfermedad?
5. ¿Usted ha notado gestos, muecas, posturas que le incomoden por parte del personal de salud?
6. ¿Qué tan fácil se hace entender el personal de salud en cuanto al tratamiento?
7. ¿Siente que los estudiantes de medicina de la PUCE se comunican adecuadamente con usted en el contexto de la interculturalidad?

ACCESO

8. ¿Se ha sentido rechazado por el personal de salud?
9. ¿Ha sentido que por su condición social su trato por parte del personal médico ha sido diferente?
10. ¿Cuál es el motivo por el cual no acude al centro de salud más cercano y prefiere acudir a esta casa de salud?
11. ¿Alguna vez a necesitado terapias complementarias (rehabilitación, psicología) y estas a su vez han sido proporcionadas por la misma casa de salud?
12. ¿Ha evitado acudir a centros de salud por miedo a ser deportado?
13. ¿Ha sentido usted algún tipo de discriminación por parte de los estudiantes de medicina de la PUCE?

CONDICION DEL USUARIO

14. ¿Considera que hay limitantes terapéuticas debidas a la religión o creencias?
15. ¿Tiene dificultades para movilizarse a una casa de salud (transporte, lejanía, ubicación)?
16. ¿Cuán capacitado está el personal de salud?

INFRAESTRUCTURA

17. ¿Se le ha ofrecido apertura a tratamientos alternativos?
18. ¿Ha notado la aplicación de dispositivos asistenciales (señalización, traducciones, letreros, personal) en el centro de salud?
19. ¿Cómo cree usted que debería ser un ambiente adecuado para recibir su atención médica?