


La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador'


The Hegemony of the Biomedical Model from the representations of health personnel in the context of a health care model with an intercultural approach in Chugchilán, Ecuador

Ana Lucía Quiroz-Hidrovo^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3070-9286>


E-mail: aniluciquiroz@hotmail.es

Cristina Larrea-Killinger^b

 <https://orcid.org/0000-0002-2782-6748>

E-mail: larrea@ub.edu

Dolors Rodríguez-Martín^c

 <https://orcid.org/0000-0002-5523-9954>

E-mail: dolorsrodriguezmart@ub.edu

^aUniversidad de Barcelona. Facultad de Enfermería. Programa de Doctorado Enfermería y Salud. Barcelona, España.

^bUniversidad de Barcelona. Facultad de Geografía e Historia. Departamento de Antropología Social. Grupo de investigación "Antropología de les crisis i transformacions contemporànies" (CRITS). Barcelona, España.

^cUniversidad de Barcelona, Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica. Grupo de Investigación en Género, Identidad y Diversidad (GENI). Barcelona, España.

Resumen

Este artículo pretende conocer cómo se pone en práctica el enfoque intercultural en el contexto del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural en Chugchilán (Ecuador), mediante los conocimientos, percepciones y prácticas que aplica el equipo de salud en la atención materno-infantil. Estudio etnográfico, en que participaron 21 profesionales sanitarios entre profesionales indígenas –técnicos de atención primaria de salud– y no indígenas del Centro de Salud. Las técnicas llevadas a cabo fueron observación participante y entrevistas en profundidad. Los datos generados se analizaron mediante análisis del contenido temático. El análisis de los datos evidenció que la hegemonía del modelo biomédico operante podría constituir una limitación en el desarrollo del enfoque intercultural, sin embargo, el personal de salud indígena, desde su rol ambiguo y contrario al modelo biomédico, emerge como un elemento contrahegemónico y articulador real entre los saberes biomédicos e indígenas en contextos interculturales de atención-autoatención.

Palabras clave: Etnografía; Interculturalidad; Atención Sanitaria; Poblaciones Indígenas.

Correspondencia

Ana Lucía Quiroz-Hidrovo

C/ Consell de Cent, 490 Piso 5 Puerta 4. Barcelona, España. 08013.

1 Entidad financiadora: Beca PhD Docentes 2016 (código ARSEQ-BEC-008890-2016), del "Programa de Becas para Doctorado PhD, para docentes de Universidades y Escuelas Politécnicas". Secretaría de Educación Superior Ciencia y Tecnología del Gobierno de Ecuador.

Abstract

This article aims to discover the intercultural practical approach in the context of the Comprehensive Healthcare Model within family, community, and interculturality in Chugchilán, Ecuador, via the recognition of knowledge, perceptions, and practices applied by the health team in maternal and child care. In this ethnographic study 21 health professionals, both Indigenous and non-indigenous from Chugchilán Health Center have participated, among the Indigenous health care workers were the primary health care technicians. The techniques applied were participant observation and in-depth interviews. The observed scenarios were the Health Center and excursion with community to record their daily life experiences. The generated data were examined using thematic content analysis. It showed that the operating biomedical hegemonic model could constitute one of the main limitations in the development of the intercultural approach. Even though Indigenous healthcare team holds an ambiguous and sometimes contrary role to the biomedical model, it has emerged as a counter-hegemonic element and real conciliator between biomedical and indigenous knowledge in intercultural contexts of care-self-care.

Keywords: Ethnography; Interculturality; Health Care; Indigenous Populations.

Introducción

La perspectiva intercultural en el Ecuador se introduce en el ámbito político a raíz de las movilizaciones indígenas que tuvieron lugar en los 1990, en las que se reivindicaba su derecho a la tierra, al agua, a la salud, entre otros. Las movilizaciones llevaron a la reforma de la Constitución en 2008, en la cual se establece al Ecuador como Estado plurinacional integrando el *Sumak Kawsay* [en quichua] o *Buen Vivir* [en castellano] en el denominado Plan Nacional de Desarrollo (Ecuador, 2009). El *Sumak Kawsay* es un concepto inspirado en los planteamientos ancestrales indígenas que parte de una cosmovisión holística de las formas de vida andino-amazónicas y desde donde se pretende mostrar un modelo de vida armónico, tanto en las relaciones comunitarias como con el entorno natural -"Pacha Mama" o "Madre Naturaleza"- (Acosta, 2015; Arteaga-Cruz, 2017).

Para conseguir el objetivo del *Buen Vivir*, la salud fue uno de los elementos fundamentales, ya que el sistema de salud ecuatoriano se mostraba incapaz para atender a la diversidad étnica y social existente. Este hecho era manifiesto, por ejemplo, en las limitaciones de acceso a los servicios de salud, las altas tasas de desnutrición y la mortalidad materno-infantil -especialmente en los pueblos indígenas- (López-Cevallos; Chi; Ortega, 2014). En este contexto, el papel del Ministerio de Salud Pública fue de gran importancia, puesto que sus reformas permitieron el derecho a la salud de toda la población mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención y la aplicación de estrategias en la atención primaria de salud.

Las necesarias reformas en el sector salud incluyeron la transformación del modelo de atención sanitario -como eje estratégico prioritario- (Naranjo Ferregut et al., 2014). Estas reformas devinieron en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) que, según Espinosa et al. (2017), a diferencia de los programas anteriores que operaron en el país, no estaba centrado en la enfermedad ni en la prestación de servicios curativos, sino en las personas, sus familias y sus comunidades. Pero, además desde la autoridad sanitaria el enfoque intercultural se presentó

como un programa en el que coexisten los dos sistemas de salud presentes en Ecuador. El primero es el de medicina tradicional indígena o medicina ancestral, términos que, desde la posición “étic”, los utilizaremos para referir a los términos usados por el Estado o instituciones oficiales y, en cambio, desde la posición “émic” hemos tomado en consideración el término “medicina tradicional” que usan los comuneros y Técnicos Atención Primaria de Salud (TAPS). El segundo es el sistema biomédico o medicina occidental. El enfoque intercultural trató de oficializar la convivencia entre estos dos modelos, siendo sus pilares fundamentales la creación y formación de los TAPS -personal originario de las propias comunidades indígenas; la inclusión de las parteras y los médicos tradicionales/ancestrales al sistema oficial de salud; y formación en el enfoque intercultural de los profesionales de la salud (Ecuador, 2012).

Sin embargo, según diversos autores, el modelo MAIS-FCI no responde a un planteamiento intercultural en el que se incorporen las creencias de los pueblos y nacionalidades indígenas -como grupo o de forma individual- en el sistema de salud (Gallegos; Waters; Kuhlmann, 2017; Torres; López-Cevallos, 2017; Herrera et al., 2019). Herrera et al. (2019) insisten en que el camino indígena hacia la curación puede ser “caótico” y “amorfo”, contrariamente al modelo lineal planteado desde el Estado y basado en nociones esencialistas de lo que significa la cultura indígena. Esto se debe, por un lado, a que el Estado ignora el camino indígena hacia la curación y, por el otro, porque se plantea que solo existen dos modelos de salud que interactúan: el biomédico y el de la medicina ancestral. En esta línea, Menéndez (2016) señala que actualmente los modelos de atención en Latinoamérica mantienen una visión acrítica y reduccionista de la interculturalidad al basarse en la existencia únicamente de dos modelos, dejando de lado las distintas formas de entender la salud y la enfermedad. Por otra parte, el cambio de enfoque de lo curativo a lo preventivo y la incorporación de los distintos enfoques en el MAIS-FCI -entre ellos el de la interculturalidad- influyeron no solo en las modificaciones estructurales del sistema de salud ecuatoriano, sino también en

el perfil de los profesionales -que serían quienes proveerían la atención de salud, haciendo efectivo lo establecido en el MAIS-FCI. El Estado realizó una inversión significativa en el personal orientado a fortalecer los equipos para el primer nivel de atención. Así, se creó y formó a los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) cuyo perfil técnico estaba encaminado al trabajo de prevención y promoción y no para lo curativo (Naranjo Ferregut et al., 2014; Espinosa et al., 2017). Los TAPS pertenecen a las propias comunidades, por lo que de manera particular ejercen de enlace entre las personas de la comunidad y el personal de salud. Entre sus atribuciones destacan las visitas extramurales -fuera del centro de salud; la educación y orientación sobre el cuidado de salud; información sobre el sistema de salud y su funcionamiento -incluyendo programas especiales de salud como el de vacunas-; y la cumplimentación de formularios, como las fichas familiares, promoviendo los servicios y programas establecidos por la autoridad sanitaria. Por otro lado, esta inversión también se enfocaba en la mejor gestión de la “Estrategia del año de Servicio de Salud Rural”, acorde con los principios del MAIS-FCI. Es así como los profesionales recién graduados deben cumplir con el año de salud rural -periodo de trabajo obligatorio, principalmente en zonas rurales previo a su habilitación profesional. Para Pulido-Fuentes et al. (2017), el personal de salud durante la formación académica no adquiere de forma suficiente las competencias culturales, ya que, en muchas ocasiones, ese es el primer y único periodo -en su trayectoria profesional- en que estarán con la población indígena. Por este motivo, Álvarez Romo et al. (2020) afirman que el insuficiente tiempo que se pasa en estas comunidades, sumado al escaso tiempo disponible con la comunidad -una vez ya trabajando en ellas-, hace que estos profesionales no desarrollen competencias culturales.

Así, este artículo pretende responder al interrogante de cómo se pone en práctica el enfoque intercultural en el contexto del MAIS-FCI en Chugchilán (Ecuador) a través de los conocimientos, percepciones y prácticas que aplica el equipo de salud en la atención materno-infantil.

Metodología

Este artículo presenta una parte de los resultados de una investigación etnográfica más amplia en el marco de la tesis doctoral titulada “Consideración de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud materno infantil en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchilan, Cotopaxi-Ecuador”, realizada en Chugchilán (Ecuador). El trabajo de campo se realizó entre el 16 de septiembre de 2020 y el 30 de abril de 2021, viviendo la investigadora en la propia comunidad. Las técnicas utilizadas fueron la observación participante y entrevistas en profundidad. Con los datos generados, se realizó análisis temático. En este artículo se presentan resultados de las observaciones y entrevistas a profesionales sanitarios. La muestra constó de 21 profesionales sanitarios del Centro de Salud de Chugchilán, a quienes se les realizó seguimientos en sus acciones extramurales -desplazamientos fuera del centro de salud para prestar atención a las distintas comunidades- e intramurales -en el centro de salud (Tabla 1).

Los escenarios de la observación participante fueron variados, tanto en las acciones extra como intramurales: visitas domiciliarias a las familias con algún factor de riesgo -esquema incompleto de vacunas, madres embarazadas o postparto, etc.; en el centro de salud, tanto en las consultas médicas, de enfermería o de odontología; también en las reuniones con los curadores tradicionales y del comité local de salud.

Las primeras observaciones fueron descriptivas y luego focalizadas y selectivas (Spradley, 1979) sobre aspectos concretos del fenómeno de estudio. Las entrevistas se realizaron en el centro de salud, en un marco de confianza y apertura. En un primer momento, al ser la investigadora principal, enfermera y docente, se condicionó en algunos momentos los relatos de los participantes. Este obstáculo inicial que podía repercutir en los datos, se solventó con el paso del tiempo ya que los participantes fueron adquiriendo confianza con la investigadora y sus discursos se volvieron más espontáneos. Además, la información aportada se pudo contrastar y validar constantemente durante las observaciones y las entrevistas en profundidad.

Tabla 1 – Participantes y escenarios de las observaciones

N. participantes	N. entrevistas	N. observaciones focalizadas	Escenarios
21	20	12	Extramural (visitas a la comunidad) <ul style="list-style-type: none">- En casa de las personas, mientras el equipo de salud visita a madres y niños.- Durante la campaña de vacunación.- Durante la brigada médica. Intramural (en el centro de salud) <ul style="list-style-type: none">- En el consultorio durante la atención sanitaria.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por la Comisión de Bioética de de la Universitat de Barcelona (Ref. IRB00003099) y por el Comité de Ética de de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito (Ref. IE3-EXP164-2019-CEISH-USFQ). Previo al inicio del trabajo de campo se obtuvo la anuencia comunitaria -autorización de la comunidad indígena para realizar la investigación- en la celebración de la

asamblea general. Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio y recibieron las garantías de confidencialidad. Se les solicitó el consentimiento informado por escrito para poder participar, previa resolución de las dudas que pudieran tener. Se mantuvo la privacidad de las personas durante la transcripción y manejo de los datos, asignándoles un nombre ficticio. Así mismo, fueron de vital importancia las medidas de seguridad y protección que se adoptaron durante el trabajo de campo, teniendo

en cuenta que se llevó a cabo durante la pandemia del COVID-19.

Contexto comunitario

Las comunidades a las que presta atención el Centro de Salud de Chugchilán se encuentran en la zona de alta montaña de los Andes y se caracterizan por ser una población dispersa, dentro de una amplia y agreste zona geográfica. Tiene una población de 7.811 habitantes, de los cuales el 85% (6.619) son indígenas. Las comunidades más alejadas se componen principalmente de pueblo Kichwa Panzaleo y son principalmente familias extendidas, cuya forma de organización social y política es la comuna -cubren y regulan las necesidades comunes, y su máxima autoridad es la asamblea comunitaria. En cuanto a la actividad económica, las comunidades indígenas se dedican principalmente a la agricultura, ganadería y avicultura familiar. Los productos son para consumo propio, pero otra parte es comercializada, sobre todo para adquirir otros productos que no les ofrece la tierra. Respecto a la atención en salud, los pobladores pueden decidir entre acceder al centro de salud de Chugchilán o alguno de los dos hospitales vecinales. El acceso al centro de salud se hace por transporte público, pero este solo pasa dos veces al día; por lo que la población emprende largas caminatas por senderos de tierra -aproximadamente dos horas- para poder tener un pronto acceso. Las causas de morbilidad general son principalmente infecciones respiratorias agudas (39,6%), parasitismo (14,5%), infecciones de vías urinarias (8,9%) y enfermedades diarreicas agudas (4,4%) (Ecuador, 2017). La primera causa de morbilidad infantil es la insuficiencia respiratoria aguda (59,2%), seguida por enfermedad diarreica aguda (15,7%). En el caso de la mortalidad el 45,28% de muertes en el cantón suceden por causas no especificadas en los mayores de 65 años y menores de 5 años, cuyo factor principal es la falta de atención inmediata en los casos de enfermedad o bien por falta de control preventivo (Ecuador, 2017).

Los centros de atención de salud aparecen como componentes del MAIS-FCI, que se clasifican de

acuerdo con niveles de atención -organización de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutoria- (Ecuador, 2012). El centro de salud de Chugchilán se ubica en el primer nivel de atención, el cual constituye la puerta de entrada al sistema de salud. El primer nivel de atención se caracteriza por su contacto directo con la comunidad y debe cubrir a toda esta población, resolviendo las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Estos centros dan atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad (Ecuador, 2012).

En el centro de salud, la mayoría del personal de salud estaba recién graduado cumpliendo con su “año de salud rural” -periodo obligatorio posterior a la graduación y anterior a ejercer oficialmente su profesión-. Entre el personal encontramos personal de salud indígenas -Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS)- y personal de salud no indígena; y todos ellos conforman los Equipos de Atención Integral de Salud. Los profesionales que no se encontraban presentes en los equipos de atención eran los representantes de la medicina tradicional indígena -aunque el modelo MAIS-FCI sí los contempla-, como parteras, mujeres que se encargan del control del embarazo, diagnóstico de problemas en el embarazo, ayudan y acompañan en la labor de parto, acomodan el bebé recién nacido y también proporcionan los primeros cuidados al recién nacido; los sobadores, personas que atienden todo lo relacionado con golpes, torceduras y fracturas; los yachaks, personas con múltiples funciones y conocimientos, conocen la medicina ancestral, diagnostican y atienden distintas afecciones, ya sean del cuerpo o espirituales; y los kuypitchak, personas que realizan diagnóstico de enfermedades “sobando” sobre el cuerpo un “cuy” -cobaya-, que posteriormente diseccionan. Así los participantes en el estudio que conformaban los equipos de atención de salud fueron: 1 médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que asiste al centro de salud de forma itinerante; 5 médicos generales; 3 odontólogos; 3 enfermeras; 3 obstetras; y 7 TAPS. El personal permanente en el centro eran los TAPS y el médico especialista, el resto del personal era recién graduado en su “año rural” -de dos periodos distintos (Tabla 2).

Tabla 2 – Periodos de relevo del año rural

AÑO		2020											
Trabajo Campo										Sep	Oct	Nov	Dic
Grupo 1	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Grupo 2							Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	

AÑO		2021			
Trabajo Campo	Ene	Feb	Mar	Abr	
Grupo 1	Ene	Feb	Mar	Abr	
Grupo 2	Ene	Feb	Mar	Abr	

Periodo 1: de enero 2020 – diciembre 2020; Periodo 2: de julio 2020 – junio 2021.

Resultados y discusión

Para responder a la pregunta de investigación, los resultados se presentan a partir de dos ejes temáticos -y las categorías que de ellos emergen- relacionados

con la integración de la práctica asistencial en el centro de salud (CS): los profesionales de salud no indígenas; y los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) como profesionales indígenas (Tabla 3).

Tabla 3 – Categorías emergentes a partir de los ejes temáticos

Ejes Temáticos	Categorías
Personal de Salud no Indígena	Relación lingüístico-cultural Transmisión de la información salud-enfermedad Prácticas maternas de atención La competencia y la formación intercultural
TAPS	Rol de los TAPS Formación y capacitación Práctica médica

El personal de salud no indígena (PSnI)

Relación lingüístico-cultural

La atención intra/extramural refleja la relación del personal y la comunidad, basándose fundamentalmente en la capacidad de comunicarse y relacionarse unos con otros. En Chugchilán se evidenciaron dificultades por parte del personal no indígena para comunicarse con las comunidades. Por un lado, el personal no indígena no habla kichwa -quechua en castellano- y, por otro, entre los indígenas existe un grupo que no habla castellano; otro que lo habla, pero no lo domina -pese a que la mayoría es bilingüe ; y un último grupo con dificultades para entender e interpretar la información debido a los diferentes niveles de escolaridad.

Yo de quichua, no sé, algunas palabritas, que nos han enseñado, [...]. A veces sí es difícil entenderles, hasta cuando nos hablan español, parece que no dicen bien algunas palabras y no se entiende, ahí nos toca llamar a los TAPS. (PSnI_1)

[...] existen algunos inconvenientes aquí en cuanto a la consulta médica al tratar con la población, [...] el problema es que no hay, hay una falta de educación [...]. (PSnI_2)

Estas situaciones muestran la frustración del personal no indígena, debido a que no son autónomos en la atención al paciente, ya que dependen de los TAPS para comunicarse, dar información sobre

recetas y otras indicaciones del tratamiento. Las narrativas constatan que las diferencias lingüísticas generan dificultades comunicativas en contextos culturales diversos (Fernández Juárez, 2008; Belintxon; López-Dicastillo, 2014) y corroboran la necesidad de utilizar intérpretes o mediadores (Carrasquilla Baza; Pérez Quintero, 2018; Pulido-Fuentes et al., 2017), función que en nuestro caso ejercen los TAPS.

Al mismo tiempo, aparecen dos nuevas situaciones que dificultan aún más la comunicación. Primera, el personal no indígena usa un lenguaje técnico biomédico, dificultando la comprensión por parte de las personas indígenas. Y segunda, el personal tampoco busca extenderse en las explicaciones acerca del tratamiento u orientaciones educativas, porque considera que las pacientes no les comprenden -Nota de Observación (NO)-, y eso lo atribuyen de nuevo al nivel educativo de la paciente.

[...] entonces las madres que son analfabetas casi desconocen [...] Como los iniciados médicos [médicos jóvenes y novatos] hablan en español, casi ellos no le toman en cuenta, casi no explican, entonces cuando nosotros explicamos en nuestro idioma entonces ellos, otra vez, recapacitan y entienden. (TAP_1)

A partir de los hallazgos se evidencia que, al igual que en otros estudios, el proceso comunicativo es complejo (Belintxon; López-Dicastillo, 2014) y responde a prejuicios y estereotipos sobre las diferencias culturales, construidas desde los ámbitos de poder. Debido a ello, se coloca a la comunidad en una posición de inferioridad al calificar su conocimiento como de no-saber frente a la ubicación del personal no indígena como sujetos del saber, cayendo en un racismo cognitivo basado en el “saber-poder” (Rocha-Buelvas, 2017). Pero además, como apunta Fernández Juárez (2008), el desconocimiento de la lengua, cultura y de los sistemas médicos indígenas también producirá determinadas respuestas en la atención “ajenas a cualquier tipo de criterio intercultural” (Fernández Juárez, 2008, p. 31).

Transmisión de la información salud-enfermedad

Además del aspecto lingüístico, reparamos en cómo el modelo biomédico ha permeado

la actividad propia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en relación a cómo se transmite la información a los comuneros -especialmente a las madres- con el objeto de promover las actividades del centro de salud.

A partir de las observaciones y narraciones, vemos cómo la información dada no se realiza de manera directa, ya que el personal no indígena rehúye de un contacto social prolongado y de explicaciones extensas. El personal de salud no indígena prefiere delegar a los TAPS la entrega de indicaciones e instrucciones a los pacientes. Por ejemplo, un médico (PSnI_2), quien luego de la valoración física a Laura -paciente-, le indica que tiene la garganta inflamada y *rojita*. Posteriormente, explica al TAPS como debe Laura tomar la medicación mientras él cumplimenta un formulario y sale de la casa. En este contexto, Laura explicita sus dudas al TAPS -qué es y por qué debía tomarla (NO).

En otra observación, sobre los programas de planificación familiar, se evidenció que a las madres se las informaba de forma parcial y unidireccional, informando solo de los métodos que estaban en la cartera de servicios implante hormonal, anticonceptivos orales y enfatizando en aquellos que se encontraban cerca de la caducidad (NO). Por tanto, la información proporcionada no busca explicar el método ni tampoco resolver dudas. Por ejemplo, una obstetra (PSnI_13) visitó a María una mujer púérpera y le mencionó que tenía que tomar pastillas anticonceptivas y que el miércoles debía bajar al centro de salud a colocarse el dispositivo intrauterino. Dicho esto, la obstetra salió de la casa sin darle otra información. Por su parte, el TAPS, quien conoce el procedimiento previo a la implantación del dispositivo intrauterino y ante la incertidumbre de la madre, le proporcionó las explicaciones sobre cómo debía tomar las pastillas previo implante del dispositivo intrauterino. María, en respuesta a las explicaciones, expresó que no podía acudir porque debía cuidar a sus niños y mostró dudas sobre el tratamiento mencionando: “¿las pastillas no harán mal?” (NO). Estas dudas estaban fundamentadas en representaciones maternas sobre que los fármacos de patente provocarían malestar en el cuerpo, en consonancia con lo que se muestra en otros estudios (Fernández Juárez, 2008).

Precisamente, siguiendo con las explicaciones sobre los métodos anticonceptivos y otros dispositivos, se vio que son superficiales, ya que no tienen en cuenta los aspectos sociales y culturales de la vida de las mujeres y cómo estos remedios pueden afectar el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención. Todo ello, constata la ausencia de un diálogo intercultural en el cual confluyan los saberes -conocimientos y prácticas- biomédicos y popular indígena. Es así como la prevención y promoción de la salud se basa, literalmente, en la “entrega de la información” indirecta (a través de los TAPS), parcial (no profundiza ni amplía la información), unidireccional (no busca el diálogo con el otro), impuesta y como eje transversal el enfoque curativo -que prioriza el diagnóstico, enfermedad y tratamiento. Todo ello muestra una relación asimétrica, conflictiva y con visión reduccionista de la experiencia de la persona desde la posición hegemónica de la biomedicina (Menéndez, 2016; Ávila; Alves, 2022). Casos similares se repiten durante la investigación y evidencian que, al igual que en los estudios de Carrasquilla Baza y Pérez Quintero (2018) y Pulido-Fuentes et al. (2017), el personal de salud “no [es] consciente de la importancia del dominio cultural en la forma en que llevan a cabo su trabajo y esto impide la consonancia cultural” (Pulido-Fuentes et al., 2017, p. 369), cayendo en “imposiciones culturales” (Leininger, 1999).

Prácticas maternas de atención

Para entender cómo se presenta el modelo biomédico en el centro de salud, es importante hacer un recorrido por los conocimientos y percepciones del personal de salud no indígena con respecto a ciertas prácticas maternas.

En cuanto a las percepciones, el personal considera que muchas de las mujeres indígenas realizan prácticas de riesgo, como el parto en casa -poniendo en riesgo la vida de la madre y el bebé-, frente al parto hospitalario -el único considerado seguro: “El parto en la casa no es seguro, se pone en riesgo la madre y el bebé, ¿por qué dar a luz en la casa si pueden dar en el hospital? [...]” (PSnI_2).

Otras prácticas de riesgo son las decisiones maternas con respecto a la salud propia o de sus hijos, y que según el saber biomédico, se toman con ausencia de fundamento científico:

La otra vez vino la mamá con su hijo, que lloraba del dolor de muela, a que le saqué la muela a su hijo. Le dije que le podíamos curar y que no valía sacarle porque se le iba a mover los dientes. Ella no entendía, insistía que le saquemos, se enojó [...], los TAPS le explicaron, pero ella dijo que sacando la muela es un solo dolor, y así no debe volver, al final le sacamos, pero yo no entiendo [...]. (PSnI_7)

Así mismo, en relación a las vacunas, el personal no indígena considera que las mujeres tienen teorías erróneas, como que las vacunas son perjudiciales. Para convencer a los padres a vacunar a sus hijos, el personal utiliza diversas formas de persuasión (Fernández Juárez, 2008). Por ejemplo, les comentan a los padres que si no lo hacen pueden “morir” o perder “el bono” -beneficio económico del Estado (NO). Sin embargo, el personal no indígena desconoce que algunas madres evitan las vacunas porque desde su sistema de racionalidades, las vacunas tienen efectos iatrogénicos como el malestar general, la fiebre y la irritabilidad en sus hijos.

[...] yo he escuchado a un montón de teorías que tienen los papás de por qué no les quieren vacunar, entonces nosotros les convencemos. Vea si no le pone la vacuna y le coge esa enfermedad, se puede morir su hijo [...], la van a quitar el bono. Porque nosotros tenemos que cumplir y sabemos que la vacuna está bien y que ese niño no se va a enfermar si le ponemos la vacuna. Entonces ahí recapacitan un poco. (PSnI_1)

También perciben que las madres no hacen lo suficiente en cuanto a la alimentación e higiene:

[...] yo creo que sí falta cuidados porque, por ejemplo, no sé si en la alimentación, por ejemplo, los niños hay bastante niños que tienen [bajo peso para la edad], no acuden a hacerse sus controles. Vienen cuando tienen ya mismo vómitos, diarrea, cuando ya está mal. Ahí es cuando acuden [...] yo que estoy preparando los pacientes, no he visto que llegan cuando está el niño sano, siempre acuden cuando ya está enfermito [...] Si los niños no están tan cuidados, si se enferman con diarrea, entonces falta de higiene y cuidado. (PSnI_11)

Por tanto, las percepciones sobre el saber indígena se sustentan en representaciones sociales que se asientan en generalizaciones e imaginario colonial basadas en prejuicios históricos (Walsh, 2009) con respecto a la población indígena, en que se terminan viendo estos comportamientos como erróneos (Ávila; Alves, 2022). Estas percepciones no reconocen que las mujeres indígenas desarrollan representaciones distintas e individuales respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (Menéndez, 2016), o como menciona Fernández Juárez (2008, p. 41), “las versiones indígenas sobre signos, síntomas, enfermedades y procesos terapéuticos no equivalen a los de la biomedicina y sus protocolos de actuación.”. Así también, Dias-Scopel y Scopel (2019) muestran que las prácticas de autocuidado son prioritarias y centrales en las comunidades indígenas, pero ese conocimiento no es reconocido por los profesionales sanitarios en la rutina diaria de la atención biomédica.

La competencia y la formación intercultural

En la formación universitaria, a pesar de que el currículo universitario en Ecuador se reformó con base en los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 (Ecuador, 2009), poco se aplica en la realidad (Cedeño Tapia et al., 2021; Meneses; Icaza; Albán, 2020), mostrándose un bajo o casi inexistente nivel formativo en competencia intercultural. Por ello, a nivel formativo, aún existe la necesidad de incorporar los enfoques inter y multidisciplinarios de interculturalidad, así como la medicina tradicional indígena en los planes de enseñanza (Fernández Juárez, 2008; Herrera et al., 2018) de pregrado. El propio personal de salud no indígena entrevistado considera esta formación teórica y práctica, así como la recibida por parte de las administraciones locales de salud, como insuficiente. Con estos antecedentes, la noción de interculturalidad -para el personal no indígena- se limita a su definición literal de “entre-culturas” (Carrasquilla Baza; Pérez Quintero, 2018), ocultando las relaciones de poder existentes entre la cultura dominante y la subalterna (Walsh, 2012).

*¿Cómo salud intercultural?, o sea, ¿de culturas?
Bueno, yo pienso que no nos prepararon ni el*

Ministerio, ni en la universidad. Quizás, sí, faltó que nos explicaran bien [...]. Somos diferentes, pensamos diferente. Nos decían que hay que ser extrovertidos. [...] Aquí a uno le botan de una a la comunidad. (PSnI_1)

En el periodo de “año rural”, el personal de salud no indígena proviene de distintas regiones del país. Algunos de ellos nunca han salido de sus zonas de residencia, otros no han tenido contacto con comunidades indígenas previamente ni han realizado formación -ni teórica ni práctica-, por lo que desconocen los estilos de vida y costumbres de las comunidades.

Yo la verdad nunca he salido, yo me formé en [...], ahí no hay indígenas. Nosotros [...] además, sí a veces una oye cosas, pero nada más. En la universidad peor, ahí sí que nunca hemos hecho prácticas en comunidades indígenas. (PSnI_10)

Todo ello, finalmente, conduce a que el cuidado que aplica el personal de salud no indígena a las poblaciones indígenas esté marcado por una clara influencia biomédica.

[...] porque a la final, la atención, por más que sea a alguien rural o a alguien que viva en la ciudad, a la final lo real es la participación de la patología, el tratamiento, el diagnóstico sigue siendo igual. (PSnI_2)

Pero, a pesar de todo ello, durante el “año rural” y después de los primeros encuentros con lo “extraño” o lo “diferente”, el personal de salud no indígena se vuelve más atento a los temas culturales, es decir, logran desarrollar algo de *conciencia cultural* (Campinha-Bacote, 2002). Esta conciencia cultural permite a los profesionales -especialmente de enfermería- hacer adaptaciones a nivel práctico como las diferenciaciones positivas -explicaciones basadas en la persona- o adaptaciones del lenguaje -usando lenguaje popular-, en pocas palabras, siendo más *sensibles* a las necesidades de la cultura.

[...] he tenido que cambiar, creo que es un poco la lengua, expresarme con cuidado de ahí no he tenido

que hacer nada (risas). Creo que no sé hablar, no hablar con palabras muy técnicas al punto de explicarle algo, creo que en ese sentido eso no más, de ahí no más. Si es como querer decir, o sea, decir espanto o no me entienden, ahí hay que decir salibado, gargajo o algo así [...]. (PSnI_11)

El personal sanitario indígena (TAPS)

En los equipos de atención integral de salud, los TAPS representan un pilar importante en el despliegue del modelo MAIS-FCI (Ecuador, 2012). Entre sus atribuciones destacan las visitas extramurales con el resto del equipo -ellos siempre están presentes-; la educación y orientación sobre el cuidado de salud; la información sobre el sistema de salud y su funcionamiento -incluyendo programas especiales de salud como el de vacunas-; y la cumplimentación de formularios, como son las fichas familiares.

El rol de los TAPS

Los TAPS en el centro de salud realizan una serie de actividades en las cuales se evidencia su rol principal dentro de los equipos de salud. Este rol es fundamentalmente el de ser agentes de mediación -o puente- en la atención de salud, o sea, mediando entre la comunidad y el sistema biomédico: “[...] te permite ese acercamiento, en cierto punto te traducen, le hacen entender lo que tú le quieres decir al paciente y lo que el paciente te quiere decir a ti [...]” (PSnI_1).

En las observaciones y entrevistas se mostraron toda una serie de actividades desarrolladas a partir de las atribuciones que marca la autoridad sanitaria. Así, se muestra a los TAPS como agentes de promoción, educación y orientación de los programas de salud:

[...] Actividades [de] promoción de salud, realizamos de acuerdo con las normas de Ministerio de Salud, por ejemplo, realizamos campañas de vacunación, primero promocionamos antes de realizar la práctica y también otra sería ya sobre lo que estamos viviendo sobre el coronavirus. (TAPS_1)

También desarrolla funciones relacionadas con la promoción de servicios que presta el centro de salud:

“Hoy en actualidad en tema de planificación y hemos incentivado con los métodos anticonceptivos [...]” (TAPS_1). Y relacionado con esta promoción de servicios, se muestra que también gestionan el acceso a los fármacos de patente, especialmente de aquellos que no requieren de prescripción médica, como el paracetamol. Por ejemplo, en medio de una conversación, María comentó que llevaba días con dolor de cabeza y otros síntomas de resfriado y que su vecina llamó a uno de los TAPS y acordaron que por la tarde él le llevaría paracetamol para aliviar sus síntomas (NO). Dentro de todas estas actividades también se encuentran incluidas las de índole censo-administrativas:

[...] realizamos informes de las actividades, actualización de tarjeteros de vacunas y también actualización en el mapa parlante de las mujeres embarazadas y también mapa general de grupos prioritarios y actualización de sala situacional. [...] actualización de fichas familiares. (TAPS_1)

Todas estas funciones descritas están en consonancia con las que se muestran en otros estudios (Pontes; Rego; Garnelo, 2018; Langdon; Diehl; Dias-Scopel, 2014), siendo además afines a lo que establece el MAIS-FCI, por lo que no generan conflicto con el modelo biomédico. Pero la relevancia del rol de mediación -o puente- en los TAPS se debe al dominio del idioma kichwa y a conocer a la comunidad con las que crean vínculos de confianza e incluso comparten lazos de parentesco.

Pero, a pesar de la importancia que ejercen los TAPS, este rol puede ser considerado ambiguo y contradictorio cuando se observa en la práctica. Es contradictorio con respecto al MAIS-FCI y, sobre todo, como señala Langdon y Garnelo (2017), llega a generar malas relaciones y tensiones en el núcleo de los equipos de salud. Durante las observaciones comprobamos que los TAPS suelen ser consultados por las madres sobre padecimientos y para que les den respuestas a los mismos. Los TAPS con base en su sistema de conocimientos determinan y atienden/curan el padecimiento, pero esto se lleva a cabo alejado del proceso de diagnóstico y atención médica. Es decir, se lleva a cabo sin la intervención del personal de salud no indígena -de forma similar a cómo las madres buscan solución al padecimiento, en lo que Menéndez

denomina “autoatención” (Menéndez, 2018). Así, un TAPS mencionaba: “*Sí, sí, sabemos, decir siempre y colaborando algo, por un paciente que necesita alguna cosita. Sí, estamos colaborando igual, si ahí nosotros, remedios de campo, como plantas nativas eso*” (TAPS_2). Cuando las madres deciden optar por la medicina occidental, prefieren consultar al TAPS por tema de confianza y familiaridad (NO). Por lo tanto, este termina ejerciendo un rol importante en el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención del paciente, aunque sea infravalorado por el resto del equipo de salud.

[...] cómo usted misma mencionó que todos piensan que todos aquí, somos médicos, sí. Entonces a veces ellos también como que asumen ese rol. Entonces, a veces ellos son el primer contacto con los pacientes. Entonces a veces ellos deciden a quién se ve, a quién no se ve, malacostumbran a los pacientes a que se les lleve siempre la medicación. Entonces en ese punto, no, no ayudan realmente; se convierten más e incluso en un problema. (PSnI_3)

En este punto se evidencia que los TAPS son también articuladores entre las distintas medicinas medicina occidental, medicina tradicional indígena o medicina popular:

[...] bueno, nosotros conectamos y en algunas comunidades en tema de medicina ancestral, si se están trabajando, fortaleciendo, nosotros como personal sanitario también hemos trabajado con ellos también. [...] tanto con parteras, yachak, kuypitchak, hierbatero y sobador, entonces ellos se trabajan ayudando. (TAPS_1)

Con estos ejemplos vemos como los TAPS tanto recomiendan medicina ancestral como acompañan al sistema biomédico según el padecimiento de la persona, pero estas situaciones generan tensiones en los equipos de salud. Por ejemplo, se ve que el personal no indígena opina que los TAPS buscan liderar e imponerse ante sus decisiones cuando determinan qué pacientes visitar y qué actividades realizar. Y, por otro lado, los TAPS también asumen que el personal no indígena tendrá dificultades para entenderse con la comunidad, al no compartir el

idioma y los aspectos culturales, y por ello opinan que “*sin nosotros, ellos no pueden entrar a las comunidades, no les dejan*” (TAPS_1). A pesar de estas situaciones y tensiones, el equipo de salud no establece estrategias para superarlas, aceptando que el contacto y la relación médico/enfermera-paciente es así. Situación que, por otro lado, no favorece que se establezca una relación de confianza con el personal de salud no indígena, al contrario de lo que sucede en la relación con los TAPS.

Todo ello muestra interferencias en el encuentro cultural, que no permite el desarrollo del contacto social y la relación médico/enfermera-paciente/comunidad, lo que sería contrario a una perspectiva de interculturalidad crítica (Walsh, 2009). Pero, además, también favorece la creación de estereotipos sobre las comunidades, ya que se evita la interacción directa -con personas de culturas diversas-, aspecto que no ayuda a refinar o modificar las creencias existentes sobre un grupo cultural (Campinha-Bacote, 2002; Leininger, 1999).

Otras situaciones relacionadas con las traducciones que los TAPS realizan se refieren a que en muchas ocasiones se traducen palabras sin conectarlas a la cosmovisión indígena; cosmovisión necesaria para establecer acercamientos a la comprensión de la cultura. La atención en salud -en el contexto intercultural- se enfrenta al problema de la traducción cultural, que no solo se limita al remplazo de una palabra sino al remplazo de la visión del mundo, así como la visión y concepción de la salud y la enfermedad (Carrasquilla Baza; Pérez Quintero, 2018).

Formación y capacitación

Los TAPS son personal sanitario acreditado por la autoridad sanitaria, con formación previa de bachillerato. Para acreditarse, se forman durante dos años, pero no reciben contenido específico en atención intercultural, sino contenido basado en el enfoque biomédico -al igual que la del personal no indígena.

Por ahí hablaban de signos vitales, todo es morfofunción, daban matemática como estadística, una materia que se tocaba aprender, cálculos, todas esas cosas, entonces, ya sabes, psicología y algunas

materias que TICS será para esa materia, para como se llama, para las plataformas que pueden manejar y para entrar al Internet y hacer alguna actividad [...]. (TAPS_2)

Con respecto a la formación continuada, los TAPS están muy interesados en inscribirse a cursos que oferta la Organización Panamericana de Salud mediante la autoridad sanitaria. Pero estos cursos son de orientación biomédica, como por ejemplo la detección de pacientes con afecciones cardíacas o sobre técnicas biomédicas especializadas (NO). En estas formaciones lo que se hace es reforzar el modelo biomédico (Diehl; Follmann, 2014; Langdon; Diehl, Dias-Scopel, 2014), dificultando la articulación entre el conocimiento local, las prácticas de salud indígenas, plataforma del modelo de atención integral de salud y el enfoque intercultural, según lo que establece la propia normativa (Ecuador, 2012). Esta situación genera contradicción, ya que quienes deben ser mediadores y enlace con la comunidad - surgiendo de la misma, como forma de representar “el diálogo de saberes” según el MAIS-FCI (Ecuador, 2012)- terminan siendo un representante más del modelo biomédico. Esta situación también supone un riesgo, puesto que el saber de los TAPS como indígenas, de alguna forma, empieza a colonizarse (Rocha-Buelvas, 2017; Quijano, 2000) y a través de ellos también a las mujeres indígenas.

La práctica médica

Como se ha mencionado, entre los TAPS y el resto del equipo de atención integral de salud existen distintas apreciaciones que nacen principalmente de las experiencias compartidas en el trabajo tanto intra como extramural. La visión de los TAPS, por su experiencia y permanencia en el centro de salud, es importante cuando se trata de describir la práctica médica en el contexto intercultural. Los TAPS, desde su propio sistema de representaciones indígena, perciben que el personal de salud no indígena es visto como extraño y con desconfianza por parte de la comunidad, sobre todo al inicio, “*la gente primerito no confía*” (TAP_6). Por ese motivo, ellos son el nexo con la comunidad para que de esta manera el personal no indígena se integre y sea aceptado. Sumado a este hecho, los TAPS creen

que la itinerancia de este personal -sobre todo los del “año rural”- genera poca experiencia e, por tanto, insuficientes destrezas en la práctica y en las relaciones con su cultura, siendo testigos en ocasiones de situaciones de rechazo y discriminación cultural hacia la comunidad.

Bueno, sí, tienen una poca diferencia [término que expresa un trato desigual y discriminatorio] porque siempre cuando sale a la comunidad, entonces ellos como profesionales, entonces algunas cosas, así ellos como que queda sí viendo entonces, por ejemplo, se observa, diagnostican los pacientes. Entonces ellos no se explican nomás, por ejemplo, entregando a la medicación. Entonces ellos dicen eso hay que tomar, así, así. Entonces deja una receta [...]. (TAPS_1)

También los TAPS se preocupan de aspectos cotidianos en la relación médico/enfermera-paciente: el tono de voz; las palabras que se usan; e incluso el movimiento corporal por parte del personal de salud no indígena (NO). Todos son aspectos que, desde el sistema de representaciones sociales indígena, determinan “buen o mal trato”. Las personas de la comunidad sienten recelo y miedo de hablar con desconocidos y más con el “*doctorcito*” -término usado para referirse a todo el personal no indígena, usando un tono de voz bajo en contraste con el tono de voz fuerte y rápido de las personas de la región de la costa, zona de clima cálido, más próxima a las costas del Pacífico-. El acento y tono al hablar hacen que en ocasiones asuman que les “*están hablando*” [tratando mal] (NO).

La cotidianidad, en definitiva, es lo que determina el nivel de vínculo que puede existir entre la comunidad y el personal de salud no indígena. Esta cotidianidad se ve afectada por aspectos de trabajo burocrático: “[...] *nos dicen que debemos visitar a las comunidades, integrarse, organizar actividades, pero también nos piden informes a cada momento*” (PSnI_2). Y también por aspectos personales, como son los compromisos sociales y familiares. Así, el personal de salud no indígena pocas ocasiones se incluye y participa en actividades comunitarias como las *mingas* -trabajo comunitario-, los actos religiosos o festividades.

Cuando se invita al personal no indígena a las actividades comunitarias, ellos envían a los TAPS en su lugar. El propio personal en ocasiones mencionó: “Yo creo que uno nunca termina de integrarse cien por cien a la comunidad” (PSnI_11).

En este sentido, Langdon et al. (2014) mencionan que la información relevante que se genera en la interacción comunicativa durante las visitas domiciliarias es ignorada cuando las actividades se reducen a la producción de “informes”. Por lo tanto, el personal de salud no indígena no se integra en los procesos comunitarios que implican sociabilidad y que se llevan a cabo entre redes de parentesco, relaciones políticas y de confianza.

Consideraciones finales

Este artículo muestra aspectos con respecto al enfoque intercultural en salud que estudios anteriores ya mencionaban, como son los problemas de competencia lingüística y cultural de los profesionales sanitarios, por falta de formación previa, por la alta rotación del personal sanitario y por no participar de la vida comunitaria. Todo sigue contribuyendo a la creación de estereotipos sobre las comunidades indígenas y al no reconocimiento de su saber ancestral.

Por otra parte, el modelo biomédico continúa estando muy presente en las acciones del personal de salud –a pesar del MAIS-FCI–, mostrando que el diálogo de saberes promulgado es apenas inexistente, salvo por la figura de los TAPS. El enfoque intercultural del MAIS-FCI, además de crear la figura de los TAPS como personal indígena, considera la inclusión del saber ancestral como pilares del modelo. Pero, en la etnografía se ha evidenciado que en Chugchilán, las figuras de la medicina tradicional no se encuentran incluidas de forma contractual en el centro de salud.

Vemos también que la hegemonía del modelo biomédico en Chugchilán es “fuerte”, pero existen otras fuerzas que se oponen y que actúan como contrapoder. Este contrapoder lo llevan a cabo los TAPS que, con sus prácticas diarias y de forma espontánea, se contraponen al poder hegemónico, por ejemplo en la priorización de las visitas extramurales; influenciando en la decisión de los cuidados maternos, etc. Ellos se encuentran en una posición privilegiada –son parte de la comunidad– y con un rol destacado –de mediación o puente entre el

modelo biomédico y la medicina tradicional. Este hecho los posiciona de manera ambigua, ya que forman parte de una institución jerárquica y un modelo biomédico permeado por el saber-poder. De alguna manera, han logrado ejercer de contrahegemonía ante un modelo biomédico que desconoce las interacciones que se cuecen en lo interno de las comunidades. Pero además, los TAPS como concedores de la biomedicina y de la medicina tradicional son articuladores entre estos saberes –en contextos interculturales de atención-autoatención–, aplicando tratamientos de uno u otros saberes en función de los padecimientos de las madres. La atención y el cuidado proporcionado por los TAPS en las comunidades indígenas deviene claramente en una construcción de la atención y cuidado intercultural, deconstruyendo, además, el modelo biomédico hegemónico biologicista. Mediante sus acciones buscan alcanzar el objetivo del *Buen Vivir*, del *Sumak Kawsay*.

Para finalizar, también hay que destacar que las narrativas del personal de salud no indígena difieren en función de si es personal médico, de odontología, de obstetricia o de enfermería. En enfermería se aprecia una mayor empatía hacia la realidad indígena quizás a partir de la propia formación y del hecho de que sea una profesión que parte de una visión humanista y holística de la persona.

Referencias

- ACOSTA, A. El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. *Política y Sociedad*, Madrid, v. 52, n. 2, p. 299-330, 2015. DOI:10.5209/rev_POSO.2015.v52.n2.45203
- ÁLVAREZ ROMO, D. et al. Salud intercultural en la atención primaria de salud: un modelo de participación social en Ecuador. *Revista Cuatrimestral “Conecta Libertad”*, Quito, v. 4, n. 3, p. 148-156, 2020.
- ARTEAGA-CRUZ, E. L. Buen Vivir (Sumak Kawsay): definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 907-919, 2017. DOI:10.1590/0103-1104201711419

ÁVILA, B. T.; ALVES, S. V. Planejamento reprodutivo em área indígena e a busca pela atenção diferenciada: os dilemas entre desigualdade e diferença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 4, e200357pt, 2022. DOI:10.1590/S0104-12902022200357pt

BELINTXON, M.; LÓPEZ-DICASTILLO, O. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, Pamplona, v. 37, n. 3, p. 401-409, 2014. DOI:10.4321/S1137-66272014000300009

CAMPINHA-BACOTE, J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, Livonia, v. 13, n. 3, p. 181-184, 2002. DOI:10.1177/10459602013003003

CARRASQUILLA BAZA, D.; PÉREZ QUINTERO, C. Experiencias del cuidado de enfermería en contexto intercultural. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, Alicante, v. 22, n. 51, p. 124-132, 2018. DOI: 10.14198/cuid.2018.51.14

CEDEÑO TAPIA, S. J. et al. Reflexiones sobre las bases conceptuales de la interculturalidad, las problemáticas y retos desde la formación de enfermería. *Revista Científica de Enfermería*, Alicante, v. 10, n. 1, p. 94-108, 2021.

DIAS-SCOPEL, R. P.; SCOPEL, D. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, Sup. 3, e00085918, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00085918

DIEHL, E. E.; FOLLMANN, H. B. C. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Santa Caterina, v. 23, n. 2, p. 451-459, 2014. DOI:10.1590/0104-07072014000300013

ECUADOR. Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi. *Análisis Situacional Integral de Salud Distrito de Salud Sigchos*. Quito, 2017.

ECUADOR. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). *Plan Nacional*

de Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. Quito: Edita SENPLADES, Gobierno de Ecuador, 2009. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf>. Acceso: 21 dic. 2022.

ECUADOR. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito: Edita el MSP, 2012. Disponible en: <<http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/Boo033.pdf>>. Acceso: 27 dic 2022.

ESPINOSA, V. et al. La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 41, e96, 2017.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. “Confesiones de Mandil Blanco”: Profesionales de la salud en el altiplano boliviano. In: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G.; GONZÁLEZ, I.; ORTIZ, P. G. (Dir.). *La Diversidad Frente al Espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya Yala, 2008. p. 29-50.

GALLEGOS, C. A.; WATERS, W. F.; KUHLMANN, A. S. Discourse versus practice: are traditional practices and beliefs in pregnancy and childbirth included or excluded in the Ecuadorian health care system? *International Health*, Oxford, v. 9, n. 2, p. 105-111, 2017. DOI:10.1093/inthealth/ihw053

HERRERA J. L. et al. Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. *Enfermería Investiga*, Ambato, v. 3, n. 4, p. 180-185, 2018. DOI:10.29033/ei.v3n4.2018.04

HERRERA, D. et al. Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incomplete project. *Anthropology and Medicine*, Londres, v. 26, n. 3, p. 328-344, 2019. DOI: 10.1080/13648470.2018.1507102

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud colectiva*, Lanús, v. 13, n. 3, p. 457-470, 2017. DOI:10.18294/sc.2017.1117

- LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; DIAS-SCOPEL, R. P. O. papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNEL, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 213-239.
- LEININGER, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de Los Cuidados*, Alicante, v. 3, n. 6, p. 5-12, 1999. DOI: 10.14198/cuid.1999.6.01
- LÓPEZ-CEVALLOS, D. F.; CHI, C.; ORTEGA, F. Equity-based considerations for transforming the Ecuadorian health system. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 346-359, 2014. DOI: 10.15446/rsap.v16n3.34610
- MENÉNDEZ, E. L. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos Revista de Ciencias Sociales*, [S. l.], n. 58, p. 104-113, 2018. DOI: 10.29340/58.1999
- MENÉNDEZ, E. L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015211.20252015
- MENESES, C. J. A.; ICAZA, V. M. S.; ALBÁN, C. L. M. La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. *Revista Minerva: Multidisciplinaria de Investigación Científica*, Quito, v. 1, n. 3, p. 23-34, 2020. DOI: 10.47460/minerva.v1i3.14
- NARANJO FERREGUT, J. A. et al. Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, La Habana, v. 30, n. 3, p. 375-381, 2014.
- PONTES, A. L.; REGO, S.; GARNELO, L. La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. *Desacatos Revista de Ciencias Sociales*, [S. l.], n. 58, p. 84-103, 2018. DOI: 10.29340/58.2010
- PULIDO-FUENTES, M. et al. Health competence from a transcultural perspective. Knowing how to approach transcultural care. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 237, p. 365-372, 2017. DOI: 10.1016/J.SBSPRO.2017.02.022
- QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, E. (Comp.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 122-151.
- ROCHA-BUELVAS, A. Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1147-1161, 2017. DOI: 10.1590/S0103-73312017000400015
- SPRADLEY, J. P. *The Ethnographic Interview*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1979.
- TORRES, I.; LÓPEZ-CEVALLOS, D. ¿Reforma de salud en Ecuador como modelo de éxito? Crítica al número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S. l.], v. 41, e148, 2017. DOI: 10.26633/RPSP.2017.148
- WALSH, C. E. *Interculturalidad, estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2009.
- WALSH, C. E. *Interculturalidad crítica y (de) colonialidad: ensayos desde Abya Yala*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2012.

Contribución de las autoras

Concepción y diseño de la investigación: Quiroz-Hidrovo, Larrea-Killinger y Rodríguez-Martín. Producción de datos: Quiroz-Hidrovo. Análisis e interpretación de datos: Quiroz-Hidrovo, Larrea-Killinger y Rodríguez-Martín. Redacción del manuscrito: Quiroz-Hidrovo. Revisión crítica del manuscrito: Quiroz-Hidrovo, Larrea-Killinger y Rodríguez-Martín.

Recibido: 30/8/2023

Aprobado: 11/10/2023