

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

**Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la
población kichwa de la zona norte del cantón Ambato**

Una aproximación desde la epidemiología crítica

María Gabriela Cocha Telenchana

Tutora: María de Lourdes Larrea Castelo

Quito, 2025

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	Reconocimiento de créditos de la obra No comercial Sin obras derivadas	
---	---	---

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, María Gabriela Cocha Telenchana, autora de la tesis intitulada “Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato: Una aproximación desde la epidemiología crítica” mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

31 de enero de 2025

Firma: _____

Resumen

La presente investigación se desarrolló en tres comunidades indígenas de la zona norte del cantón Ambato, poblaciones Angahuana, Ambatillo y Quisapincha. El objetivo de la presente investigación fue identificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato. Por tal motivo, se realizó un estudio epidemiológico descriptivo desde el enfoque de la epidemiología crítica en busca de analizar la cosmovisión del proceso salud-enfermedad de la medicina ancestral-tradicional representada por los hombres y mujeres de sabiduría. Para ello, se identificó la conexión que existe entre la medicina occidental con la medicina ancestral-tradicional a través de la salud intercultural. Los resultados muestran que la demora en la atención de salud, así como el trato inadecuado son las principales barreras de acceso a la atención de salud de la población *Kichwa*. Esta problemática denota por motivos relacionados a la cultura y apariencia indígena, lengua *Kichwa*, vestimenta de su etnia y color de piel y con mayor frecuencia se presenta en el área de admisión de los Centros de Salud. Otro punto importante que se manifestó en la investigación fue la distribución de la población por clase social siendo así que la mayoría de población indígena corresponde al pequeño agricultor seguido del empleado público o privado y finalmente los artesanos del calzado, a pesar, que estas localidades son reconocidas por ser lugares turísticos por la elaboración de materiales de cuero. Por otro lado, la investigación mostró que los motivos de la población *Kichwa*, de no acudir a la atención en el Centro de Salud, constituyen la distancia que existe entre el Establecimiento de Salud y el domicilio de los usuarios y también porque confían más en la medicina ancestral-tradicional. Así, la medicina ancestral-tradicional sigue siendo la forma de atención de salud más asequible para muchas personas sobre todo en nuestras comunidades indígenas. Por lo tanto, es necesaria la preservación de dichas prácticas curativas mismas que deben ir de la mano con los aportes de la medicina occidental, conservando el respeto por las creencias, cultura, idioma, vestimenta de nuestros pueblos y nacionalidades indígenas a través de la salud intercultural.

Palabras claves: inserción social, salud intercultural, medicina ancestral-tradicional, medicina occidental, pueblos indígenas, determinación social

El presente trabajo investigativo se lo dedico a mis pilares fundamentales que hicieron posible culminar el estudio, a mis hijas, a mis pequeñas Katty y Anyfer; así como a mi esposo Fernando, a mis padres y hermanos.

Agradecimientos

Mi profundo agradecimiento a Dios y a la mamita del cielo, por permitirme que este sueño tan anhelado se haga realidad.

A mi hogar, a mi esposo Nando a mis hijas Katty y Anyfersita, por su comprensión y acompañamiento en la travesía de la realización del presente estudio que en su inicio parecía algo imposible de conseguirlo pero que se logró culminar.

A mi familia, a mis padres Luis y María y hermanos Susana y Javier, por su apoyo incondicional.

A mi tutora Dra. María de Lourdes Larrea, por ser quién estuvo pendiente, su guía y enseñanza fueron totalmente fundamentales para el desarrollo del estudio a más de su calidad humana fue extraordinaria que solo los grandes maestros lo poseen.

Tabla de contenidos

Introducción.....	13
Capítulo primero: Acercamiento teórico epistemológico a la cosmovisión de la salud ancestral.....	15
1. El sistema de la medicina ancestral tradicional.....	15
1.1 Características y cualidades de los hombres y mujeres de sabiduría nacidos con el don.....	18
1.2 La concepción de la salud salud-enfermedad desde la mirada ancestral tradicional y de la característica de los pueblos indígenas.....	20
2. La salud intercultural desde el modelo médico hegemónico	23
3. Enfoque desde la Epidemiología crítica en proceso salud-enfermedad	29
3.1 La determinación social.....	30
3.2 Reproducción social	31
3.3 Tres vías de inequidad: Género, etnia y clase social.....	32
3.4 Metabolismo sociedad-naturaleza	33
3.5 Modelo territorial	34
Capítulo segundo: Metodología y resultados	35
Capítulo tercero: Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud desde la epidemiología crítica	43
1. Contexto económico-histórico y social	43
2. El territorio-metabolismo social-natural	44
3. Los pueblos indígenas de la zona norte del Cantón Ambato y su organización	48
4. Caracterización de la población de las tres comunidades indígenas del Cantón Ambato	50
5. Modos de vida según inserción social.....	52
6. Caracterización de acceso a los Servicios de Salud de la población de las tres comunidades indígenas del cantón Ambato	55
Conclusiones y discusión	77
Lista de referencias.....	83
Anexos.....	87
Anexo 1: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas	87

Anexo 2: Entrevista a hombres y mujeres de sabiduría.....	92
Anexo 3: Entrevista a líderes comunitarios.....	94
Anexo 4: Consentimiento informado a familias indígenas	95
Anexo 5: Consentimiento informado a hombres y mujeres sabiduría.....	97
Anexo 6: Consentimiento informado a líderes comunitarios	99
Anexo 7: Operacionalización de variables	101

Introducción

Los avances en salud en el siglo XX han sido numerosos, sin embargo, las barreras socioculturales para el acceso a los servicios de salud siguen existiendo en la población indígena. Al respecto, la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato no está exenta de esta problemática. Esta población, constituida por familias ubicadas geográficamente con difícil acceso, experimenta situaciones con consecuencias negativas en su salud.

Numerosos estudios se han centrado en el proceso de calidad de atención, pero pocos han intentado comprender las barreras socioculturales de atención en salud de nuestras comunidades indígenas. Así tenemos el estudio realizado por Aguilar et al. (2020, 464) en donde se manifiesta que el encuentro de saberes se identifica el modelo de salud indígena como respuesta cultural a la necesidad de mantener la salud y tratar la enfermedad. Otro estudio, de Armijos et al. (2017, 296), describe las inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador, donde manifiesta que no existe desigualdades en el uso de los servicios sanitarios en el primer nivel de atención.

No obstante, se encuentra que las familias indígenas constituidos por miembros con características de no poseer seguro con baja escolaridad, con residencia en la región de la costa urbana, presentan una menor probabilidad de uso de servicios de atención tanto de prevención como curativa del primer nivel de atención, específicamente en la atención primaria.

Una de las principales barreras en los estudios viene del colonialismo con la mirada respectiva a la medicina occidental, considerando que, en nuestro Sistema de Salud, la medicina ancestral-tradicional no fue reconocida hasta ahora que actualmente el puente conector entre ambas medicinas es la salud intercultural que tiene su mirada en los pueblos y nacionalidades indígenas.

Con estos antecedentes, el objetivo de esta investigación es identificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato. Responde a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población *Kichwa* de la zona norte del Cantón Ambato? Se aborda desde el punto de vista de la epidemiología crítica mediante técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas.

Se estudia la cosmovisión de la medicina ancestral que lleva el concepto de salud desde un enfoque tradicional, desde una mirada crítica la propuesta de aceptar y considerar que el conocimiento ancestral practicada por los hombre y mujeres de sabiduría contempla una mirada integrativa y holística más compleja de la salud. Por lo tanto, la epidemiología crítica específicamente a través de la determinación social y su interacción con la medicina occidental permitirá analizar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población *Kichwa* de la zona norte del Cantón Ambato.

Este estudio se encuentra organizado por capítulos. En el primero, se detalla el acercamiento teórico a la cosmovisión de la salud ancestral tradicional. También explica la salud intercultural como el punto conector entre la medicina occidental con la medicina ancestral-tradicional y finalmente se describe el enfoque ancestral-tradicional de la salud desde una mirada de la Epidemiología crítica.

El segundo capítulo detalla la descripción metodológica de las técnicas e instrumentos, aborda la pregunta central de la investigación, objetivos, tipo de estudio, proceso de obtención de la muestra y los aspectos éticos a considerarse.

El tercer capítulo describe los resultados de la investigación descritos desde la Epidemiología crítica y finalmente se realiza la discusión y conclusiones del trabajo investigativo.

Los resultados del trabajo investigativo pretenden servir de base para mejorar la atención a la población indígena en general, con un cambio de paradigma de los profesionales formados por la medicina occidental hacia el respeto de la cosmovisión de la medicina ancestral-tradicional en el proceso salud-enfermedad, con el fin común de brindar una atención integral al usuario.

Capítulo primero

Acercamiento teórico epistemológico a la cosmovisión de la salud ancestral

1. Cosmovisión del sistema de la medicina ancestral tradicional

La medicina ancestral tradicional representa un sistema de atención integral que se orienta por sus valores y principios que fundamentan el proceso de salud enfermedad y estructuran su mecanismo de identificar sus enfermedades desde la cosmovisión andina de los pueblos indígenas.

Por lo tanto, fundamentan su racionalidad a través de sus diagnósticos y tratamientos para actuar sanando las enfermedades. Además, “cuentan con hombres y mujeres de sabiduría de la medicina con diferentes especialidades y con propios recursos medicinales que constituyen los minerales, las plantas y los animales que generosamente ofrece la madre naturaleza” (EC Ministerio de Salud Pública 2020, 22).

El sistema de la medicina ancestral tradicional está representada por los hombres y mujeres de sabiduría que responden a su propia racionalidad de actuación, respondiendo a las necesidades y requerimientos propios de la comunidad. Es así, que el Código de Ética de los Hombres y Mujeres de Sabiduría de la Medicina Ancestral-tradicional de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador identifica que “la medicina ancestral no está dentro de la racionalidad científica sino dentro de la racionalidad intuitiva-funcional”, por lo tanto, no se puede hablar de evidencias en base al proceso científico sino de interconexiones espirituales entre el ser humano con la madre naturaleza (2020, 22).

Es así como para Guaraca Pino et al. (2022, 32), “la medicina tradicional es denominada de diversas maneras tales como natural, alternativa, energética, complementaria o ancestral y forma parte del acervo de la cultura universal, es decir, de conceptos y prácticas que se han heredado de generación en generación”, además, enfatiza que:

La Organización Mundial de la Salud la define como la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundas de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales. Por lo tanto, la medicina tradicional comprende prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o

minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. (Guaraca Pino et al. 2022, 32)

En tal sentido, Guaraca Pino et al. explica que el origen de la medicina tradicional en nuestro país viene desde la presencia del ser humano, se manera que la historia de aborígen del Ecuador se encuentra dividida en cuatro grandes periodos (2022, 32):

- Precerámico o período de la sociedad cazadores, recolectores (9000 a 3000 años antes de Cristo), cuya actividad principal era la caza de animales y la recolección de frutas.
- Formativo anteriores o período de las sociedades agricultora alfareras (3200 a 1800 años antes de Cristo), periodo en la cual se desarrolló la agricultura y la cerámica.
- Desarrollo regional o período de las sociedades caciquiles iniciales (600 a 400 años antes de Cristo), la cual la organización de la sociedad era más compleja, pues existiría un intercambio cultural con las diferentes regiones.
- Integración o período de los señoríos étnicos y confederaciones (500-1500 años antes de Cristo), espacios en las cual se consolida los cacicazgos, intensificado el comercio ya la alianza política en las diferentes confederaciones con una integración comercial y militar. (Guaraca Pino et al. 2022, 32)

Por consiguiente, durante estos cuatro períodos, el desarrollo de la medicina ancestral tradicional ha ido evolucionando en el uso de recursos empleados para la curación de enfermedades, como el uso de plantas, minerales utilizados para diagnosticar y dar tratamiento a los individuos de la comunidad.

Indiscutiblemente, la Constitución de la República de Ecuador del 2008, da a conocer una propuesta integral e incluyente en lo relacionado a la salud, de manera que enfatiza la interculturalidad dentro de la atención de salud a la comunidad, así como la integración de los diferentes tipos de medicinas, con el fin de brindar un adecuado manejo y atención de salud a la población (Guaraca Pino et al. 2022, 32).

Para Gavilanes et al. (2022, 752), es importante que las mujeres y hombres con sabiduría ancestral realicen su trabajo con la interconexión de dones humanos y divinos para su intervención en base a su propio juicio y su relación con la *pacha mama*, con ello, convirtiéndose en uno de los mediadores más importantes para hacer su trabajo.

Además, consideran que la salud se la concibe “mediante un equilibrio entre caliente / fresco, *pacha mama* que es el planeta vivo y el *runa* que es el ser humano consiente de estar en el mundo, tienen capacidades para relacionarse” (2022, 752).

Tabla 1
Caracterización de los hombres y mujeres de sabiduría

Caracterización	Denominación	Nacionalidad	Pueblo
Máximo sabedor/conocedor/a y visionario/a de la medicina ancestral	Tsuakratin y/o Uwishin (sabio/a)	Shuar y Achuar	
	Yachaq (sabio/a)	Kichwa	Pueblos kichwas andinos
	Maestro/a Sanador/a		Montubios Mestizos
	Maestro Laudero		Afroecuatorianos
	Jaipana(sabio/a)	Épera	
	Bene Waina c/o Iroi (Sabio/a)	Wao	
	Banku c/o Kuraga (sabio/a)	Kichwa	Pueblos kichwas amazónicos
	Pone (sabio/a)	Tsáchila	
	Awawasan (sabio/a)	Awá	
	Shimano (sabio/a)	Zápara	
	Cha'miruko (sabio/a)	Chachi	
	Yage Jujuque c/o Inti Paiki (sabio/a)	Secoya	
Conocedor de la medicina ancestral en aprendizaje para alcanzar la maestría	Utsunka	Achuar	
	Hampi-yachak	Kichwa	Todos los pueblos kichwas andinos y amazónicos
	Utsunka Achuar Hampi-yachak Curandero y/o remediero		Afroecuatorianos Montubios
Herbolaria	Kiwan hampiq	Kichwa	Todos los pueblos kichwas andinos y amazónicos
	Hierbatero		Afroecuatorianos Montubios
	Wamina	Wao	
	Vegetalista	Tsáchila	
Salud materna, niñez y adolescencia	Pakarichiq mama Unanchu mama Wachachiq mama	Kichwa	Todos los pueblos kichwas andinos
	Wachachik mama		Pueblos kichwas amazónicos
	Takumtikin	Shiwiar Achuar Shua	
	Partera Comadrona		Afroecuatorianos Montubios
Esguinces y dislocación de las articulaciones y fracturas de los huesos	Hakuq	Kichwa	Todos los pueblos kichwas andinos y amazónicos
	Sobador Fregador Huesero		Afroecuatorianos Montubios Mestizos
Equilibrio energético	Kuy-pichaq	Kichwa	Todos los pueblos kichwas andinos
	Japikratin Majukratin	Achuar Shuar	
	Kiwan pichaq		Todos los pueblos kichwas andinos y amazónicos
	Pajuyuq	Kichwa	Todos los pueblos kichwas amazónicos
	Buro-buro teka Teke eñena	Wao	
Ceremonias	Willkaq (rezaq tayta/mama)		Kichwa andino
	Rezandero/a		Afroecuatorianos
	Rezador/a		Montubios

Fuente y elaboración: Dirección Nacional de Salud Intercultural MSP (2019)

Según el Código de Ética de los Hombres y Mujeres de Sabiduría de la Medicina Ancestral-tradicional de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador¹ manifiesta que:

mediante procesos de reflexión comunitaria y reivindicación de nuestros saberes, hemos intentado unirnos tratando de traducir al castellano el significado de nuestras denominaciones. De esta forma consensuamos en autodenominarnos hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos. (EC Ministerio de Salud Pública 2020, 25)

Es así, que, en nuestras comunidades indígenas, se encuentran identificados los hombres y mujeres de sabiduría que practican la medicina ancestral tradicional que se ha venido desarrollando de generación en generación con la transmisión de conocimiento y experiencias en beneficio de la salud de la población.

1.1 Características y cualidades de los hombres y mujeres de sabiduría nacidos con el don

Según el Código de Ética (EC Ministerio de Salud Pública 2020, 30), los hombres y mujeres de sabiduría nacidos con el don, poseen cualidades indispensables para el ejercicio de la medicina ancestral tradicional, entre las que se mencionan:

- Tener mínimo 9 años de aprendizaje experiencial y fortalecimiento de su capacidad curadora y sanadora si son nacidos/as con el don de la medicina.
- Ser mayor de 18 años para ejercer la medicina.
- Respetar y cumplir la palabra dada.
- Tener coherencia entre su accionar y su vida personal.
- No utilizar medicinas o terapias de otros sistemas como la alopática y la alternativa.
- Contar con la identificación, reconocimiento, legitimación y confianza como hombre y/o mujer de sabiduría de la medicina por la comunidad y/o lugar de nacimiento o comunidad donde ejerce la medicina.
- Tener la certeza de haber sanado a personas que necesitaron de sus servicios (registros o testimonios orales).
- Ser guardián de un sitio sagrado natural de su comunidad.
- Ser consejero del conocimiento alimenticio y nutricional de su nacionalidad y/o pueblo.
- Ser un líder y guía espiritual de los líderes, dirigentes y población en general de su nacionalidad y pueblo.
- Ser consejero práctico vivencial de la cultura, los saberes, los sentires, los conocimientos, la memoria colectiva y la espiritualidad de su nacionalidad y/o pueblo.
- No ser practicante del lado oscuro de la medicina (realizando maleficios, amarres, etc. provocando enfermedades y/o muertes).

¹ De aquí en adelante al Código de Ética de los Hombres y Mujeres de Sabiduría de la Medicina Ancestral-tradicional de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador, se lo mencionará como Código de Ética.

- Ser partícipe en las celebraciones y actividades de su comunidad y/o lugar donde vive.
- Disponer de espacios (sitios sagrados) y/o huertos medicinales propios para la recolección de los ingredientes y plantas medicinal para el ejercicio de la medicina ancestral-tradicional.
- Ser amable, respetuosa/o, honesta/o, humilde y transparente en sus diagnósticos, terapias y tratamientos.
- Ser responsable en sus diagnósticos, terapias y tratamiento.
- Dar atención con corazón (amor), inteligencia, sabiduría y humor. (EC Ministerio de Salud Pública 2020, 30)

Por lo tanto, el Código de Ética, enfatiza que los hombres y mujeres de sabiduría tienen cuatro formas de aprender:

- Herencia ancestral: hombres y mujeres de sabiduría que fortalecemos nuestra inclinación a la medicina ancestral-tradicional, continuando la trayectoria de un familiar en la práctica que generalmente se desarrolla de padres a hijos por medio de la transmisión práctica-oral de generación en generación.
- Llamado por la madre naturaleza: hombres y mujeres de sabiduría que aprendemos medicina y espiritualidad ancestral luego de pasar por experiencias de vida o muerte como el sobrevivir a un rayo, restablecerse de una enfermedad aparentemente incurable, sobrevivir a accidentes de forma inexplicable.
- Aprendizaje por vocación: hombres y mujeres de sabiduría que aprendemos medicina por el gusto personal a través de la guía de una persona sabia de la medicina. Para ejercer la medicina ancestral-tradicional es necesario nacer con este don como también haber nacido con esta inclinación y gusto espiritual.
- Nacidos/as con el don: hombres y mujeres de sabiduría de la medicina que nacemos con este don, regalo de la madre naturaleza que propicia hombres y mujeres capaces de velar por el bienestar y salud corporal y espiritual de nuestras nacionalidades y pueblos. (EC Ministerio de Salud Pública 2020, 25)

Para el Código de Ética, la espiritualidad en los hombres y mujeres de sabiduría refleja en sus denominaciones, por lo tanto:

Los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina tienen diferentes denominaciones, diferentes especialidades y diferentes espiritualidades, que les permite diagnosticar, curar y sanar con diferentes tecnologías, técnicas y medicamentos naturales y espirituales acordes a las distintas realidades geográficas, sociales y culturales. (EC Ministerio de Salud Pública 2020, 27)

A continuación, se señalan las principales especialidades de la nacionalidad

Kichwa:

- Principiante: hombre o mujer que inicia el aprendizaje de la medicina ancestral-tradicional en bien de la comunidad. Nadie le obliga o exige para escoger este camino para aliviar y sanar a la humanidad y al mundo, sino que, por su inclinación, gusto y decisión, decide seguir este aprendizaje que durará muchos años y quizá durante toda su vida.

- Limpiador/a: hombre o mujer que cura y sana el cuerpo energético de las personas (mal viento), los animales, las viviendas y la madre naturaleza, equilibrando y armonizando la energía natural de las personas y el mundo.
- Sanador/a del susto: hombre y/o mujer curadora y sanadora del susto o espanto, enfermedad conocida también como la enfermedad del espíritu de las personas y animales.
- Partera/o: mujer, o en algunos casos hombre, dedicado a la partería al interior de las comunidades. Conoce ampliamente la salud sexual y la salud reproductiva de las familias, consejera nutricional y acompañante permanente en todo el proceso de parto, parto y postparto de las mujeres, así como también, consejera del cuidado en el crecimiento de los niños y niñas.
- Vegetalista: hombre o mujer especializado/a en el manejo práctico y espiritual de los vegetales en los diagnósticos, terapias y tratamientos de restablecimiento de la salud. Conoce el lenguaje secreto del uso de las plantas para toda clase de dolencias orgánicas, emotivas, energéticas, mentales y espirituales.
- Limpiador/a con cuy: hombre o mujer especializado/a en el diagnóstico, limpia, terapia y tratamiento con el uso del cuy.
- Fregador/a y/o huesero/a: hombre o mujer conocedor/a de la curación y sanación ritualizada de los esguinces, lesiones y otras complicaciones de los huesos en los seres humanos y animales.
- Curandero-sanador/a: hombre o mujer especializado/a en curaciones y sanaciones de heridas, malestares y enfermedades de las familias de la comunidad. En la nacionalidad *Kichwa* existen dos clases de *Hampi-yachak*: *Rikuq* o clarividentes y *Muskuq* o soñadores. (EC Ministerio de Salud Pública 2020, 27).

1.2 La concepción de la salud salud-enfermedad desde la mirada ancestral tradicional y de la característica de los pueblos indígenas

Según la Organización Panamericana de la Salud (2006, 32) en el artículo 1 del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, califica a los pueblos indígenas como:

Los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

En tal sentido, la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, refieren que “los pueblos indígenas tienen una visión holística del mundo, por lo que definen la salud en función del bienestar completo, que se manifiesta en la armonía de todos los elementos que la comprenden”; por lo tanto, el derecho a ser respetados con las características propias y conservadoras de su pueblo como sus costumbres, tradiciones, idioma, vestimenta, religión, creencias, entre otras, sobre todo en el paradigma de la medicina occidental; pues por varios años el proceso salud

enfermedad de nuestras comunidades indígenas no ha sido integrado en el sistema sanitario, y por consiguiente no existían políticas sanitarias que fortalezcan la medicina ancestral tradicional de los pueblos indígenas (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud 2006).

Considerando, la dinámica del proceso salud enfermedad, los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral tradicional califica a la enfermedad como el desequilibrio de sus esferas mental, físico, emocional y espiritual, además del rompimiento de su paz con su todo incluyendo la madre naturaleza. En este contexto, la medicina ancestral tradicional califica al ser humano como un ser holístico integral, y su sanación no se direcciona únicamente a la parte biológica sino al ser humano con un todo, en donde, si una esfera está en desequilibrio, las otras también son afectadas y requieren de atención.

En el mundo ancestral tradicional todo es vivo, todo siente, todo piensa. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su libro de Salud, Interculturalidad manifiesta que:

Todo es macro y micro. En este sentido: el mundo macro es la *pacha mama* en toda su integridad y el mundo micro comprende el *runa* o ser humano. En este contexto, la enfermedad es el resultado de la falta de interrelacionalidad, porque si el *runa* como parte del mega cuerpo llamado *pacha mama* cumple con su misión y sus obligaciones de mantener este nexo de conversación y relación respetuosa con la madre naturaleza, siempre estará en posesión de la salud integral, pero si por el contrario, él se olvida de su misión equilibradora, armonizadora y rompe con el nexo de comunicación con los demás seres, está provocando el apareamiento de las fuerzas masculinas que provocan las enfermedades como una llamada de atención para que el *runa* vuelva a su estado de puente entre las demás familias que componen la comunidad. (EC Ministerio de Salud Pública 2010, 68)

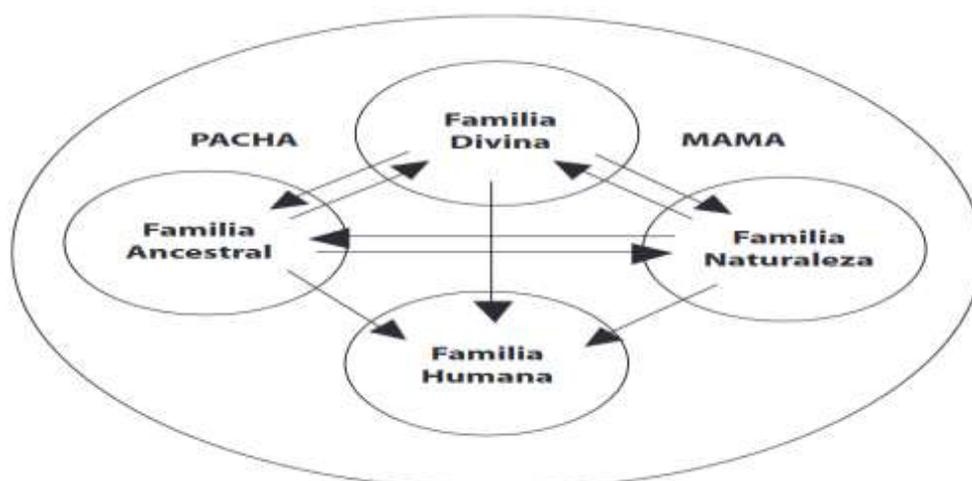


Figura 1. Enfermedad humana (macro)

Fuente y elaboración. EC Ministerio de Salud Pública (2010, 70)

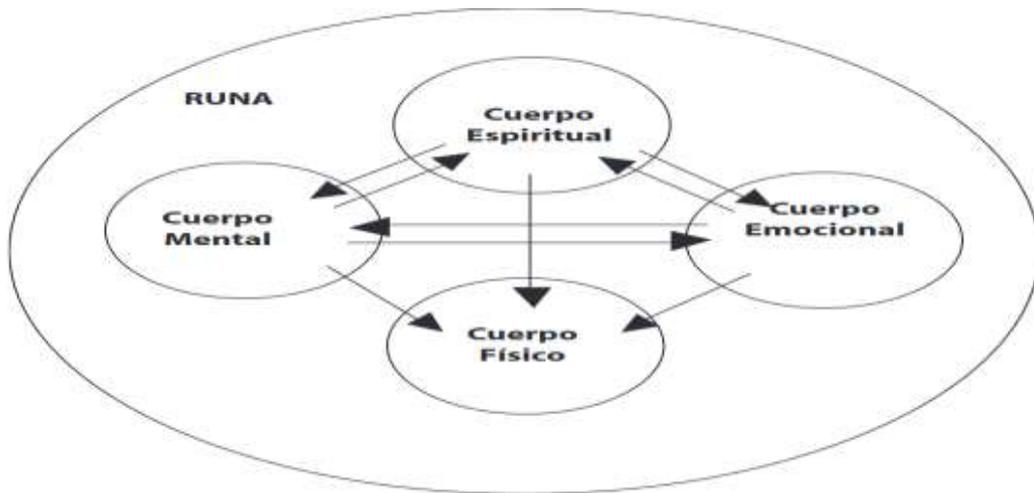


Figura 2. Enfermedad humana (micro)

Fuente y elaboración. EC Ministerio de Salud Pública (2010, 70)

Dentro del proceso salud-enfermedad desde la cosmovisión de los pueblos indígenas se encuentra la celebración de la *chakana*, es la denominación de la constelación de la cruz del sur, así, Guaraca Pino et al. (2022, 115) manifiesta que la palabra *chakana* “ también se le traduce como escalera u objeto a modo de puente en *Kechwa*, en *Aymara*: *pusi chakani*, la de los cuatro puentes, cruz andina o cruz cuadrada”.

Así, en este escenario, esta celebración es representativa y significativa en agradecimiento a la madre naturaleza:

La *chakana* se arma de distintas maneras, consta de doce puntas, la cruz generalmente es cuadrada y se utilizan varios elementos como semillas, frutas, flores, piedras etc., eso depende de los *yachas*. La *chakana* tiene forma de cruz cuadrada y escalonada, con doce puntas, que representan la medida básica de unidad y equilibrio, reúne el conjunto de los elementos (tierra, aire, fuego, agua). Se coloca cada elemento de acuerdo a los puntos de ubicación al norte el agua, al sur el fuego, al este la tierra, al oeste el aire. En general, *chakana* significa puente o escalera ascendente o descendente que permite mantener latente la unión del hombre andino al cosmos. (Guaraca Pino et al. 2022, 115)

En estas celebraciones participan los hombres y mujeres de sabiduría así como la comunidad en general con sus actores locales, es importante mencionar que estas celebraciones se plasman cuatro elementos esenciales que se conjugan, así tenemos, a la tierra que representa la materia, el aire que representa el espíritu, el fuego que representa la energía, el agua que representa la conciencia.

En conclusión, estos elementos son considerados como vitales para la vida, Guaraca Pino et al. (2022, 117), explica cada uno de estos elementos desde la cosmovisión de la medicina ancestral tradicional:

- El agua: el agua es un elemento que alimenta purifica y cura. El agua es un símbolo de transparencia, es uno de los elementos primordiales que alimenta a la madre tierra para mantenernos vivos, el agua actúa como un purificador interno y externo del cuerpo.
- El aire: visto como el aliento de la tierra representa el despertar de la conciencia, el abrir la mente, los recuerdos y el alma. Es el oxígeno para el cuerpo, además el aire es visto como el transporte de la luz.
- El fuego: el fuego es un vínculo con lo divino a este se le entrega todo lo malo para que sea eliminado el fuego también es calor, fuerza y energía, actúa como un transformador liberando al cuerpo de lo malo que habita en él, entonces, el fuego, también actúa como un elemento purificador.
- La tierra: es un elemento de seguridad y estabilidad sostiene a los demás elementos de la vida, la tierra convierte lo negativo a salud, paz y bienestar, la madre tierra convierte su cuerpo en alimento para sus hijos dentro. (Guaraca Pino et al. 2022, 117)

Es así, como los pueblos indígenas conservan esta tradición de celebración de la *chakana*, que, en la actualidad, se la visualizado que cada comunidad con sus hombres y mujeres de sabiduría conserva esta celebración como signo de sanación y de agradecimiento a la *pacha mama*.

2. La salud intercultural desde el modelo médico hegemónico

Para abordar la salud intercultural, es necesario comprender la interculturalidad de la diversidad de culturas que nuestro país posee, en su interacción conjugada con respeto, igualdad, comunicación para la construcción de una sociedad inclusiva.

Es así que, después de la conquista europea a nuestro país y enfocándonos en la población minoritaria que constituyen los pueblos indígenas, éstos, sufrieron un proceso discriminatorio, que se refleja en inequidades como la pobreza, y se evidencia con afección a la salud, desencadenándose en morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles como la desnutrición e infecciones respiratorias, por tal motivo, es imprescindible comprender las similitudes y diferencias de las culturas de la población tanto indígena como mestiza. (Aguilar Peña, Tobar Blandón, y García-Perdomo 2020, 3)

Es importante considerar que una de las más grandes expresiones de la colonialidad en las actuales dinámicas territoriales es el extractivismo de recursos naturales en territorios indígenas. Según Agosto (2018) esto supone reconocer la

presencia de continuidades coloniales no solo en la explotación irracional de los territorios, sino también en la marginalización y/o deshumanización de la población. Así también, es clave reivindicar los saberes localizados y comunitarios, y el trabajo histórico de las comunidades organizadas para la defensa del territorio y la vida, lo cual se constituye en praxis decolonial y en un aporte fundamental frente a la crisis capitalista mundial. (Bernuy Arenas 2021, 10)

Desde el contexto de la modernidad, con el enfoque epistemológico hegemónico capitalista, se ha creado varias conceptualizaciones de explotar el mundo natural y humano, la colonialidad, que no nos enseña su versión eurocéntrica del relato histórico; se trata de territorios, sujetos y sujetas, conocimientos y prácticas culturales que han sido encubiertos, silenciados y/o destruidos, por ser considerados inferiores en la medición de la vara de seres y saberes considerados superiores y modernos. (Agosto 2018, 2)

La característica común es la determinación y dominación de uno, sobre todo, considerando la clasificación y jerarquización racial colonial en la cual la raza blanca asignada a los europeos fue considerada superior y el resto de la población inferior, así como sus culturas, conocimientos, modos de vida, organización, etc.(Bernuy Arenas 2021, 11)

En este contexto, esta lógica moderna y colonial, la colonialidad ha condenado a la naturaleza en la ciencia y la tecnología, mercantilizando los procesos naturales, así como la relación de los seres humanos entre sí y con la madre naturaleza. La ruptura del vínculo sociedad-naturaleza tiene tanto tiempo como la historia colonial determinando que la naturaleza deje de formar parte de la comunidad y se mercantilece y sobreexplota según los intereses hegemónicos de la acumulación de capital. (Agosto 2018, 4)

Sin embargo, desde la postura epistemológica de la interculturalidad crítica como manifiesta Walsh (2009) “con esta perspectiva, no partimos del problema de la diversidad o diferencia en sí, sino del problema estructural-colonial-racial”, reconociendo que las diferencias se construyen dentro de una matriz colonial, en donde en la parte superior se encuentran los considerados blancos, mientras que en la parte inferior se encuentran los indígenas y los pueblos afrodescendientes. (Walsh 2009, 4)

Los sectores indígenas deberían valorar los riesgos asociados a su incorporación a los servicios de salud. Su integración no garantiza una mejora de los servicios médicos y, sin embargo, los sitúa en un plano de conformismo frente a la ineficiencia de la actual estructura sanitaria. (Ramírez Hita 2009, 26)

En este contexto, Martín (2022, 5) manifiesta que los agentes de salud indígenas amazónicos no adoptan una racionalidad biomédica al aprender prácticas biomédicas, la medicina indígena y la biomedicina están coordinadas, pero siguen siendo distintas, lo que abre una política ontológica del cuidado en la que ciertas acciones y efectos son posibles en la práctica y otros no. De la misma manera, es necesario hacer una reflexión social e histórica sobre el contacto y el neocolonialismo, central para los contextos amazónicos. (Martín 2022, 5)

Así, la población indígena representa la minoría de población de nuestro país. Según los datos de febrero del 2022, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la población indígena representa el 7,7% de la población total, además, existe 14 nacionalidades indígenas, que están aglutinadas en un conjunto de organizaciones locales, regionales y nacionales, que habitan en la sierra (68,20 %), seguido de la Amazonia (24,06 %), y solo un 7,56 % en la costa. (Dwayne 2025, 392)

Aguilar et al (2000) manifiesta que la interculturalidad es “un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa”. (Aguilar Peña, Tobar Blandón, y García-Perdomo 2020, 2).

Acorde a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2024), “presenta cifras a diciembre de 2024, la pobreza por ingresos alcanzó el 28 %, lo que representa un aumento de dos puntos porcentuales respecto al año anterior, marcando el nivel más alto desde la pandemia. La pobreza extrema también creció, pasando del 9,8 % en diciembre de 2023 al 12,7 % un año después”. (Dwayne 2025, 394)

Es así; que Dwayne (2025) refiere que en el caso de las comunidades indígenas, los niveles de pobreza extrema alcanzan a un 80 % y 90 % de las familias en comunidades *Kichwa* de alta montaña, provincias de Bolívar y Cotopaxi, así como en varios centros *shuar* de Morona Santiago en la Amazonía, en este contexto el riesgo podría verse reflejado en el aumento de la desnutrición infantil.

En este contexto, es fundamental comprender que todas las culturas desarrollan su modelo de curar a las personas, lo importante es reconocer y respetar sus convicciones y destrezas en los diferentes campos de la medicina, principalmente por parte de la medicina occidental que su auge viene desde la colonia con su modelo biomédico.

Además, Menéndez (2015) argumenta que la antropología médica no solo ha evidenciado la articulación que los sujetos y grupos realizan entre las diferentes formas de atención que operan en un contexto determinado, sino el proceso de apropiación que

todos los sectores sociales hacen de los saberes biomédicos. Ha señalado que las medicinas tradicionales y alternativas forman parte normalizada de las trayectorias de atención de la enfermedad, y que todas las formas de atención y no solo la biomedicina se caracterizan por el cambio. Ha demostrado que la sociedad y la cultura, así como también la biomedicina y los curadores tradicionales pueden producir enfermedades. (Menéndez 2018, 12)

Ramírez Hita (2009) manifiesta, en Ecuador, “el concepto de interculturalidad nació en el seno del movimiento indígena como oposición a la hegemonía política del conocimiento y como una propuesta hacia otras formas de pensar diferentes a la colonial, partidaria esta última de un Estado plurinacional, además, la Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador (CONAIE) planteó el proyecto de interculturalidad como una propuesta alternativa de sociedad, como un principio ideológico. (Ramírez Hita 2009, 4)

De esta manera, la interculturalidad en el contexto salud, surgió por el reclamo y lucha de nuestros pueblos indígenas, en el reclamo de sus derechos equitativos y participativos al acceso de la salud, con su cosmovisión en armonía con la madre naturaleza; es así, que el Ministerio de Salud Pública en su libro de Salud, Interculturalidad hace notar que desde mucho tiempo atrás, más de 25 años, “la gestión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha estado signada por graves dificultades, relacionadas con falta de políticas aunadas a una escasa asignación presupuestaria, por el olvido al que se le ha sometido con todo el sector social”. (EC Ministerio de Salud Pública 2010, 53)

A ello se añade:

la fragmentación total del sector, por hallarse entrampada en las recetas economicistas de corte neoliberal, cuyos ideólogos hicieron todo lo posible por desestimar la gestión pública y las capacidades intrínsecas de sus propios recursos humanos, por haber respondido persistentemente a macro intereses internacionalizados de la visión unilineal, hegemónica y tecnocrática en función de la enfermología explicada desde el paradigma biomédico convencional. (EC Ministerio de Salud Pública 2010, 53)

La sabiduría de curación, según el autor alemán Unschuld (2004), abarca todo el conjunto de conocimientos y actividades orientados a superar un estado de enfermedad. Esta sabiduría incluye no solo los aspectos cubiertos por la ciencia médica, sino también aquellos que quedan fuera de su alcance, como las prácticas ancestrales y espirituales (Achig Balarezo 2024, 21).

En tal sentido, nuestros pueblos indígenas a lo largo del tiempo han ejercido poder de lucha en reclamo de sus derechos, y como resultado se refleja:

la lucha y demandas de las nacionalidades, pueblos indígenas, montubio y afro ecuatorianos del país, ha permitido el reconocimiento constitucional del Ecuador como un país intercultural y plurinacional. La hegemonía del enfoque de la medicina occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos. (EC Ministerio de Salud Pública 2012, 45)

Es así, que nace la indispensable necesidad de hablar acerca de la salud intercultural como el puente que conecta la medicina occidental con la medicina ancestral tradicional “a partir de relaciones paralelas y no de dominación ni de hegemonía/subalternidad”. Esto involucra el ejercicio de intercambio de conocimientos y experiencias entre los médicos de la medicina occidental y los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral tradicional, en compañía del actor local principal que es la comunidad en un ambiente de respeto, consideración y admiración (Aguilar Peña, Tobar Blandón, y García Perdomo 2020, 464).

Actualmente la salud intercultural ejerce poder de lucha en contra de la visión hegemónica de las grandes potencias de profesionales con dominio del paradigma occidental caracterizados por una cultura dominante, de esta manera, garantiza el acceso a la salud en las comunidades indígenas que han sido olvidadas por muchos años, así como reafirma la identidad cultural y legitimación de los hombres y mujeres de sabiduría, así enfatiza en la convivencia en ambiente de respeto a la cosmovisión del proceso salud enfermedad desde la medicina ancestral tradicional.

En el año 2008, se aprobó el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, estableciéndose que el mismo se desarrollaría:

El fortalecimiento del MAIS-FC implica por lo tanto definir e implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención, Para lograrlo, se requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes y condiciones para garantizar una interacción con las y los usuarios respetando sus conocimientos y prácticas de salud, con la activa participación de los actores de la medicina ancestral y alternativa, que contribuyan a recuperar, fortalecer y potenciar sus saberes y prácticas en función de una atención integral. (EC Ministerio de Salud Pública 2012, 46)

En el año 2009 el Ministerio de Salud Pública emitió las políticas públicas de salud para la diversidad étnica y cultural. A partir de los lineamientos internacionales de la Organización Mundial de la Salud en estos temas y el marco legal nacional, se establece el propósito de:

Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de las Nacionalidades y Pueblos indígenas, poblaciones afroecuatorianas, montubios, campesinos y otras colectividades, a través del desarrollo progresivo de un Modelo de Salud Intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso, con reconocimiento y respeto de la sabiduría ancestral y con un enfoque de Derechos Humanos. (Kanterewicz 2015)

En este marco, Achig (2024, 22) refiere que la sabiduría andina o conocida como ancestral tradicional se diferencia profundamente de la perspectiva occidental, ya que se basa en la observación y percepción de la naturaleza, más que en la interpretación causal y mecanicista. Esta visión espiritual promueve un acercamiento a la naturaleza como un todo, venerando a la Pachamama como fuente de vida y equilibrio, y destacando la conexión entre el ser humano y su entorno natural.

Es así, que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite “la interrelación y comprensión entre culturas sanitarias distintas, aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, contribuyendo a responder adecuadamente a las necesidades de las y los usuarios” (EC Ministerio de Salud Pública 2012, 46).

Es importante destacar la importancia del trabajar articuladamente entre la medicina occidental representada por los diferentes profesionales de salud que labora en los Establecimientos de Salud y la medicina ancestral tradicional representada por los hombres y mujeres de sabiduría, para lograr eliminar barreras de accesibilidad a los servicios de salud de las comunidades indígenas, sino comprendemos y sensibilizamos a nuestros profesionales de la existencia y respeto a las diferentes especializaciones de la medicina ancestral tradicional y su cosmovisión con su cultura en el proceso salud enfermedad, nuestro sistema sanitario continuará fragmentado.

En este contexto:

Los pueblos indígenas en nuestra región no constituyen una categoría homogénea, diferencias por género, residencia urbana/rural, nivel de escolaridad, edad, nivel de ingresos, constituyen factores que inciden en su mayor o menor acceso a los recursos de la salud y a la posibilidad de decidir sobre los mismos. Por otra parte, cada cultura elabora sus atributos de género, lo que se espera y valora de hombres y mujeres, estos los atributos de género varían a lo largo del ciclo vital, y se modifican por influencia de los procesos

de urbanización, migración, los contactos interculturales. (EC Ministerio de Salud Pública 2010, 152)

En el año de 2019, el Ministerio de Salud Pública emitió los Lineamientos Operativos del Acuerdo Ministerial 0082, el mismo que permite la “aplicación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud en la atención, referencia, derivación, referencia inversa y contrarreferencia a usuarios/pacientes provenientes de comunidades de difícil acceso” (EC Ministerio de Salud Pública 2019, 4).

A pesar de estos avances, por la inclusión de protocolos de atención y normativas con un enfoque intercultural de nuestros pueblos indígenas, aún el Estado no reconoce el trabajo arduo que realizan los hombres y mujeres de sabiduría, quienes son los representantes de la medicina ancestral tradicional, y mucho más aún los profesionales de salud formados desde la medicina occidental, de no articular su trabajo con la medicina ancestral, en beneficio de la colectividad.

Reconocemos que las comunidades indígenas se encuentran con un alto nivel de organización ante eventos fortuitos del proceso salud - enfermedad, así lo argumenta, Tauli (2017) relatora especial sobre los derechos de los pueblos indígenas ante la asamblea general en su 73⁰ de sesiones “existen numerosos ejemplos positivos de sistemas de autogobierno indígena que existen como parte de un acuerdo formal con el Estado y que están reconocidos ya sea en la Constitución, la legislación, las políticas o en el ámbito operativo del Estado” (Tauli, 2017).

Además, estos numerosos sistemas de gobernanza indígena están permitiendo a los pueblos indígenas ejercer su derecho al autogobierno y lograr el desarrollo sostenible en las formas que ellos mismos definen.

3. Enfoque desde la epidemiología crítica en proceso salud-enfermedad

Nuestros pueblos y nacionalidades indígenas dentro del contexto salud integran al ser humano como un todo que guarda equilibrio con la madre naturaleza, en ella converge varios procesos protectores y destructores para la salud que es necesario estudiarlos desde la perspectiva de la Epidemiología crítica con una visión desde lo general a lo particular y finalmente a lo singular.

La Epidemiología crítica a través de los paradigmas críticos y epistemológicos tiene sus procesos categóricos centrados en la transformación de la sociedad en lucha en contra de las formas de inequidad y opresión de la colectividad, con ello se focaliza en la determinación social con el metabolismo sociedad-naturaleza con la identificación de procesos protectores de la salud de los seres vivos que convergen en los ecosistemas.

Es así que la Epidemiología crítica, para terminar de constituirse, ha debido derrumbar ese andamiaje cartesiano y asumir en serio una construcción alimentada desde la diversidad intercultural de las fuentes del saber (Breilh 2021, 190).

3.1 La determinación social

La determinación social nos permite englobar en el análisis todo ese rico movimiento porque es el paradigma del pensamiento complejo en salud y ciencias que trabajan sobre la vida en todas sus formas incluidas las de la conciencia colectiva e individual, ya que mira la realidad como movimiento dialéctico multidimensional y es base de la perspectiva meta-crítica que se explica más adelante:

La determinación social es un potente recurso de interpretación dialéctica del movimiento de la vida social y de la relación no determinista sino dialéctica que éste genera, produciendo encarnaciones o embodiments en la naturaleza, en colectivos y personas de distintos tipos, unas encarnaciones saludables, vitales y otras malsanas, degradantes. (Breilh 2021, 169)

Ese movimiento de la determinación social de la vida cuyo abordaje es esencial en el proceso teórico y metodológico de la epidemiología crítica que refleja la relación del metabolismo sociedad naturaleza, “que es la base socio natural de la subsunción de lo biológico natural en lo social”. Es un elemento central para explicar dichas encarnaciones (embodiments) en cuerpos humanos y en los ecosistemas de la naturaleza como producto de los procesos sociales (Breilh 2021, 169).

Según Eslava-Castañeda (2017, 398) manifiesta:

La idea de la determinación social se mantiene como una constante de identificación paradigmática y asociada a ella, como elementos centrales, dos nociones básicas: 1. Los fenómenos de salud y enfermedad son, por esencia, fenómenos tanto biológicos como sociales y 2. Para entender las condiciones de salud de las poblaciones es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas.

La idea de determinación social de la salud presupone, por tanto, la discusión “acerca de las relaciones entre individuo y sociedad (y de la naturaleza misma de la

sociedad) pero de cierta manera la trasciende al ubicar como central el asunto de la historicidad de los procesos y el modo de devenir de los fenómenos” (Eslava-Castañeda 2017, 399). Y al hacerlo, se instaura en un terreno de reflexión epistemológica que indaga sobre las posibilidades que los sujetos tienen de conocer (y actuar en) la realidad, la cual se presenta de manera múltiple y compleja (Eslava-Castañeda 2017, 399).

Es así, que, la determinación social es la dimensión que estudia las condiciones de vida de la comunidad desde el enfoque general a lo particular e individual con un análisis crítico identificando procesos destructores y protectores del proceso salud enfermedad, que a diferencia del paradigma cartesiano que de manera empírica y biologista lineal ignora la realidad de la determinación propia de nuestras comunidades indígenas.

Un movimiento que comprende, no solo el dialéctico de contradicción de procesos saludables y malsanos, sino que explica cómo esto último se da en interrelación con otras formas de movimiento que caracterizan la vida social, la de los ecosistemas y la de la salud humana: causalidad, retroalimentación, probabilístico y movimientos irregulares (Breilh 2021, 199).

Finalmente, la categoría determinación se refiere, entonces, al poder generativo del movimiento social y su espiral de contradicciones, las cuales, ontológicamente hablando, les dan basamento a los procesos de la salud y ofrecen una lógica de concatenación objetiva que reemplaza a la conjunción lineal del empirismo analítico y que posiciona la relación dialéctica, interdependiente, de los procesos críticos dados en las distintas dimensiones, como elemento clave del conocimiento, entendiéndose que los de mayor complejidad subsumen a los de menor complejidad, pero que también éstos últimos conservan la capacidad de autonomía relativa (Breilh 2021, 181–82).

3.2 Reproducción social

Como explica Breilh (2021, 180), la reproducción social es “el movimiento de producción y distribución de la vida, donde el sujeto vivo se objetiva en las cosas al producir lo que se ha convenido socialmente como útil para las necesidades igualmente convenidas y, a su vez, el consumidor se recrea como sujeto que accede a dichos valores de uso”.

En el movimiento de reproducción social, los colectivos crean valores de uso e intercambian los productos según su valor de cambio, se generan las condiciones culturales y políticas, unas de apuntalamiento y otras de resistencia, y se establecen condiciones del metabolismo sociedad-naturaleza en el espacio social correspondiente (Breilh 2021, 180).

Breilh (2021, 181) explica cómo actúa los procesos de la determinación social conjugadas con las categorías de la reproducción social:

Estas personas existen con su cuerpo y organismos, su fenotipo y genotipo, su psiquismo y formas de espiritualidad; que se desarrollan bajo subsunción de las condiciones particulares de clase social, género y etnoculturales, pero que también inciden dialécticamente en la vida de sus colectivos.

Pero también añade como la reproducción social se desenvuelve en tres dimensiones dialécticamente interdependientes:

General, más amplia y compleja, que corresponde a la lógica de acumulación, la política y cultura hegemónicas que la afinan; permea y subsume las otras dimensiones menos amplias y complejas; una dimensión particular de la reproducción de clases sociales, cruzadas por relaciones de género y etnoculturales, cuyos vínculos pueden ser de cooperación o de explotación y dominación; y una dimensión individual a la que pertenecen los individuos y familias de esas clases sociales, con sus estilos de vida y cotidianidad personal. (Breilh 2021, 181)

3.3 Tres vías de inequidad: género, etnia y clase social

Como manifiesta Breilh (1996, 32), la “concentración de poder se remonta hacia los comienzos de la humanidad, pero se consolida y expande en la etapa histórica de las sociedades clasistas, donde quedan conformadas en su unidad e interdependencia las tres fuentes de inequidad social: la condición de género; la ubicación etno-nacional; y la situación de clase”.

Además, explica de las categorías analíticas:

En este punto cabe aclarar la acepción que damos a algunas de estas categorías analíticas. En primer lugar, debemos distinguir la diferencia entre diversidad, inequidad y desigualdad. La categoría inequidad social expresa, en última instancia, las contradicciones sustanciales de poder que enfrentan los grupos existentes en una sociedad. (Breilh 1996, 32)

Sin embargo, las contradicciones que determinan tres procesos interdependientes, donde la apropiación y reproducción del poder ocurre, así mismo, en tres dominios de

distinta generalidad y peso determinante que son: las relaciones sociales (de clase) dadas por la ubicación de propiedad en la estructura productiva; las relaciones etno-nacionales que existen y las relaciones de género (Breilh 1996, 19).

Así, en este escenario, Breilh (2021, 21) categoriza las relaciones de clases “que son en primer lugar relaciones de poder económico, a partir de las cuales se establece el acceso a las otras formas de poder”.

Y estas a su vez también dependen:

de la ubicación diferencial de los grupos en el sistema de producción, de las relaciones de propiedad sobre los bienes y medios de producción, del grado de control y relaciones técnicas que las personas de ese grupo tienen sobre la marcha del proceso productivo y de la cuota que les toca para su consumo, de acuerdo a las relaciones de distribución. (Breilh 1996, 21)

Cada clase social se caracteriza entonces por poseer o desposeer los medios productivos, por controlar los ritmos y modalidades del proceso productivo o simplemente obedecer su avance implacable, por disfrutar o carecer de bienes adecuados para su subsistencia. Es decir, las relaciones de clase se definen principalmente por las contradicciones de interés económico, y por las otras formas de poder complementariamente (Breilh 2021, 21).

3.4 Metabolismo sociedad-naturaleza

Desde la epidemiología crítica la conjunción de la sociedad con la naturaleza constituye un proceso donde convergen las condiciones de vida de la población, por consiguiente, para Breilh (2021, 184) “es el proceso histórico de relación entre una sociedad de base natural y una naturaleza socialmente transformada, es decir, unidad en la diversidad de la historia natural y social, siendo que los seres humanos cambian cuando cambia la naturaleza”.

Por lo que la reproducción social humana, en esa dialéctica de transformar y ser transformada por los espacios ecosociales donde se realiza, explica la profunda relación e interdependencia entre lo social y lo natural, no como la conjunción de factores ecológicos en expresiones de salud, sino como una unidad histórica de transformación bajo la matriz común de un sistema social de acumulación privada de capital (Breilh 2021, 184).

Además, Breilh (2021, 184) explica la “relación histórico-metabólica desde 1977, como un elemento clave de la determinación social, que cuestiona la pseudointegralidad

del paradigma en boga de la “ecosalud” (ecohealth), que es una lectura cartesiana de la relación con una naturaleza mirada desde factores ecológico-ambientales”.

3.5 Modelo territorial

Bernardo Mancano (2017) define al territorio como: “El lugar donde desembocan todas las acciones, todas las pasiones, todos los poderes, todas las fuerzas, todas las debilidades, es donde la historia del hombre plenamente se realiza a partir de las manifestaciones de su existencia”.

La sociedad general, con su lógica de reproducción social (relaciones de poder económico, político y culturales) que determina el espacio y contenido de la vida, con los modos de vivir o enfermar y morir que son característicos de un tiempo y espacio históricamente determinado, y que en cada época y territorio, condicionan el grado de desarrollo de cuatro condiciones vitales que moldean históricamente la calidad social y los socio-ecosistemas: la sustentabilidad; la soberanía; la solidaridad y la bioseguridad (Breilh, 2020).

En este contexto, el espacio particular representa un conjunto de interacción de procesos dinámicos, especialmente en los pueblos y nacionalidades indígenas que día a día realizan actividades de producción principalmente con el trabajo de la tierra, y que guarda su resaca e interacción con la madre naturaleza.

Asimismo, la producción de desechos del más variado orden opera en todas las fases y espacios de la reproducción social en los distintos territorios (Breilh, 2010).

Capítulo segundo

Metodología de la investigación

En este capítulo se describe metodológicamente las técnicas e instrumentos de investigación aplicados en el presente estudio, además, se realiza la pregunta central de la investigación, se establece los objetivos, se explica el tipo de estudio, así como el proceso de obtención de la muestra y los aspectos éticos considerados, de manera que el lector pueda conocer sobre las herramientas aplicadas para el desarrollo de estudio con un enfoque desde la epidemiología crítica.

El estudio se realizó bajo el enfoque de la epidemiología crítica. Es un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico. Con enfoque metodológico cuantitativo a través de la recopilación de datos estadísticos y con herramientas cualitativas y participativas que ha permitido profundizar la comprensión de los procesos protectores y destructores de la salud.

La pregunta central del estudio es ¿cuáles son las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato?

El objetivo general es identificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato.

Los objetivos específicos del presente estudio son: (1) caracterizar la segregación socio espacial y étnico de la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato; (2) tipificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud en la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato; (3) analizar los conocimientos y prácticas ancestrales para enfrentar las enfermedades en la población quichua de la zona norte del cantón Ambato, y (4) diseñar lineamientos para el afrontamiento de los problemas de salud desde la comunidad en la población *Kichwa* de la zona norte.

Esta investigación es un estudio observacional, puesto que es de carácter estadístico demográfico describe un fenómeno dentro de una población de estudio y conocer su distribución en esta. En este tipo de estudios no existe ninguna intervención por parte del investigador, el cual se limita a medir el fenómeno y describirlo tal y como se encuentra presente en la población de estudio (Veiga De Cabo, Fuente Díez, y Zimmermann Verdejo 2008).

En este estudio lo constituyen los registros de atenciones de salud brindadas por los hombres y mujeres de sabiduría y la encuesta estructurada aportaron datos importantes para cumplir con los objetivos propuestos en la investigación.

También, se trata de un estudio transversal, es decir, dentro de la población de estudio se investigó sobre el perfil epidemiológico dentro de un período determinado y la existencia de barreras socioculturales de acceso a la salud.

Asimismo, es un estudio descriptivo y analítico. Este tipo de estudios se caracterizan porque pretenden descubrir una hipotética relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto, es decir, pretenden establecer una relación causal entre dos fenómenos naturales, lo que conlleva a obtener información sobre los procesos críticos de las variables objeto de estudio (Veiga De Cabo, Fuente Díez, y Zimmermann Verdejo 2008).

El contexto en el que se desarrolla el estudio, es en la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato. La población de estudio se centra en los usuarios con autoidentificación indígena de las comunidades de Angahuana, Ambatillo y Quisapincha estas tres comunidades presentan una similitud del contexto geográfico puesto que tienen identificados la zona alta, media y baja con predominio de población indígena en estas zonas.

Por contar con una población extensa en cada comunidad se realizó el proceso de diseño muestral.

Además, se trabajó con la población de hombres y mujeres de sabiduría identificados de cada comunidad objeto de estudio con un total de 4 usuarios y también con los cabildos de estas comunidades en un número de 3 usuarios.

Considerando el tipo de investigación, características, objetivos del estudio se detalla el diseño muestral empleado, para ello se tomó como referencia el número de fichas familiares levantadas por cada comunidad objeto de estudio y se empleó el sistema informático Epidat para su cálculo como se detalla a continuación:

Tabla 2
Cálculo de la muestra

Comunidad	Número de fichas familiares	%	N	N por común	Fracción de muestreo
Angahuana	195	0,238	28,5714	29	7
Ambatillo	84	0,103	12,3077	12	7
Quisapincha	540	0,659	79,1209	79	7
Total	819	1,000		120	7

Fuente: Datos de fichas familiares de las comunidades objeto de estudio (2024)
Elaboración propia

Para la identificación de los participantes se consideró a todos aquellos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Usuarios con autoidentificación indígena	Usuarios con autoidentificación mestiza
Mayores de 18 años de edad	Menores de 18 años de edad
Hombres y mujeres de sabiduría de ambos sexos	Usuarios de salud con alguna enfermedad psiquiátrica
Usuarios con residencia permanente en las comunidades objeto de estudio	Usuarios con residencia esporádica en las comunidades objeto de estudio
Usuarios con la predisposición a participar de la investigación y firmen el consentimiento informado	Usuarios que no deseen participar en la investigación y no firmen el consentimiento informado

Fuente: Diagnóstico Situacional de Salud (2023)
Elaboración propia

Con la epidemiología crítica ha permitido derrumbar la mirada cartesiana, causalista de enfoque lineal, por la conjugación de los procesos de la determinación social, de la relación de la madre naturaleza con la sociedad en relación con las dimensiones de la reproducción social.

Con ello, en el dominio general se realizó una revisión bibliográfica y el análisis documental de los diagnósticos situacionales de salud de cada comunidad objeto de estudio perteneciente al año 2023, así como de la normativa de salud intercultural del Ministerio de Salud Pública.

En el dominio particular para caracterizar la segregación socio espacial y étnico, así como la inserción social y modos de vida/consumo se empleó una encuesta epidemiológica dirigida a los usuarios de autoidentificación indígena aplicada en las tres comunidades.

Por otro lado, para analizar los conocimientos y prácticas ancestrales para enfrentar las enfermedades se realizaron entrevistas a los hombres y mujeres de sabiduría identificados en cada comunidad.

En el dominio individual se aplicó la encuesta epidemiológica para tipificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud además de la aplicar una entrevista dirigido a los cabildos quienes son líderes de estas comunidades.

Para la recolección de información de las encuestas se elaboró un cuestionario de fácil entendimiento para el usuario de salud y para la entrevista se elaboró un guion de entrevista con un enfoque:

- Cuantitativa: la encuesta aplicada para el dominio particular y singular estuvo compuesta de 33 preguntas cerradas de opción múltiple y únicamente 1 pregunta abierta, lo que permitió obtener información específica de territorio, inserción social con el instrumento INSOC del autor Dr. Jaime Breilh (2017), modos de vida de consumo en donde permitió caracterizar para el dominio particular: el trabajo, transporte, vivienda, alimentación, salud, salud ancestral, organización indígena, organización otros, cultura, vestimenta; y para el dominio singular: caracterización familiar, perfil de salud-enfermedad, barreras socioculturales, estilo de vida/conciencia.
- Cualitativo: los instrumentos cualitativos aplicados fueron las entrevistas empleadas a los hombres y mujeres de sabiduría que permitió profundizar en las prácticas ancestrales para afrontar las enfermedades en nuestros pueblos indígenas y también nos permitió conocer el perfil epidemiológico.

Además, se aplicó entrevistas a 4 líderes comunitarios de las tres comunidades: Angahuana, Ambatillo y Quisapincha, mediante este instrumento permitió tipificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud y generar el perfil epidemiológico de la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato (ver Anexo 3).

A continuación, se detalla el proceso empleado para la recopilación de datos:

- Se mantuvo acercamientos con la directiva de la Federación Indígena de Tungurahua en donde se dio a conocer sobre los objetivos del trabajo investigativo.
- Posterior se tuvo reuniones en cada comunidad con los cabildos para solicitar la autorización de poder realizar el presente estudio investigativo.
- Se socializó en reuniones de la comunidad de Ambatillo sobre la importancia de realizar la presente investigación.
- Una vez logrado la apertura para realizar el presente estudio, se procedió a elaborar los instrumentos: encuesta y entrevista.
- Una vez elaborada la encuesta epidemiológica la misma que fue validada la comprensión de las preguntas por dos usuarios de las comunidades y

posteriormente en su versión final fue aplicada a 120 usuarios con autoidentificación indígena de las comunidades: Angahuana, Ambatillo y Quisapincha, con una distribución de aplicación en la zona alta, media y baja respectivamente, el mencionado instrumento fue aplicado por dos profesionales: la investigadora y profesional Técnico de Atención Primaria en Salud (TAPS) nativo de la comunidad de Quisapincha con dominio del idioma *Kichwa* (ver Anexo 1).

- Una vez recopilada la información de la encuesta epidemiológica fue procesada por el programa SPSS versión 23 y por el Programa Excel, y se aplicó al análisis estadístico de chi cuadrado.
- Para la aplicación de las entrevistas semi estructuradas fueron validadas por el Proceso de salud intercultural del Distrito de Salud 18D02-cantón Ambato y en su versión final fueron aplicadas a 4 hombres y mujeres de sabiduría y cabildos de las comunidades: Angahuana, Ambatillo y Quisapincha previa explicación sobre los objetivos de la investigación y previo consentimiento informado, cada cuestionario de preguntas fueron diferentes para ambos grupos identificados (ver Anexo 2).
- Las entrevistas fueron grabadas, posteriormente fueron transcritas y analizadas que permitieron identificar los procesos críticos.

En referencia al consentimiento previo, libre e informado.- en este acápite para garantizar la aplicación de los principios éticos, se aplicó a través de un formulario de consentimiento informado, en donde se detalló con información clara y precisa la aceptación de participar en la investigación la población indígena, hombres y mujeres de sabiduría y cabildos de las comunidades de Angahuana, Ambatillo y Quisapincha participaron del estudio, de quienes se recopiló la información a partir de la encuesta epidemiológica y entrevistas.

En relación a la confidencialidad y anonimato. - la información obtenida en el desarrollo de la investigación cumplió con los parámetros de confidencialidad, la encuesta y entrevistas aplicadas fueron anónimas para que no represente riesgo para el usuario, se les informó que los resultados serán estrictamente confidenciales y será utilizados específicamente para el desarrollo de la investigación y se entregó a cada cabildo como representante legítimo de las comunidades objeto de estudio.

Principios bioéticos: los datos de carácter personal que se generaron de la población de estudio fueron tratados de forma leal y lícita. Evitando por medios fraudulentos, desleales y a su vez cumplieron con los siguientes principios bioéticos: no-maleficencia; la información obtenida no causará daño y se tratará de buscar el bien para las personas participantes a través del cumplimiento del principio de beneficencia. Se respetará su autonomía y se ajustará al principio de justicia.

Compromiso de la praxis: con la mirada de la determinación social en el proceso se generará actividades que permitan viabilizar ese cambio, describir como se elabora con una línea de los actores claves. Se elaborará los lineamientos para el plan de acción de mejora basándonos en los resultados. Los resultados de la investigación serán entregados a los líderes comunitarios, hombres y mujeres de sabiduría y a la población de estudio.

De esta manera se cumplió con los criterios establecidos en el mismo y con los lineamientos y reglamento de la Universidad Andina Simón Bolívar para el proyecto de titulación.

La presente investigación desde una aproximación de la epidemiología crítica ha permitido analizar complementemente el proceso salud-enfermedad en base al perfil epidemiológico en base a la medicina ancestral que nuestros hombres y mujeres de sabiduría lo aplican y ha permitido identificar las barreras socioculturales de acceso a la salud que ha limitado que nuestra población *Kichwa* acuda a los centros de salud del Ministerio de Salud Pública, además ha permitido establecer los procesos críticos protectores y destructores de la salud de nuestras comunidades indígenas.

Devolución sistemática de los resultados a las comunidades involucradas. - una vez culminada la investigación el compromiso que se generó fue socializar y entregar los resultados de la investigación a cada cabildo de las comunidades con quienes hemos trabajado en la presente investigación, lo que permitirá analizar y fortalecer el trabajo entre la medicina occidental y la ancestral en beneficio de la salud de la población de nuestras comunidades indígenas.

En relación con el proceso de análisis de la información primero se caracterizó a la población *Kichwa* para posterior identificar los procesos críticos y analizar la presencia de las barreras socioculturales y el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas, esta información se obtuvo de la encuesta:

Identificación del usuario encuestado: parentesco dentro de la familia, género.

Territorio: comunidad a la que pertenece, Angahuana, Ambatillo y Quisapincha.

Inserción social: género del principal responsable del hogar, nivel de escolaridad del principal responsable económico, actividad laboral del jefe de familia.

Dentro de la actividad laboral del jefe de familia se ha considerado:

Pequeños agricultores: en esta categoría se ha considerado a aquellos usuarios que se dedican a la agricultura y ganadería considerando que nuestros pueblos indígenas viven de lo que la chacra les proporciona, según manifiesta Breilh (2021, 290), “la concepción sagrada de la naturaleza, o, más bien, de la Madre Naturaleza “Pachamama”, que incluye un mundo superior de entidades o deidades celestiales, de acuerdo con la *chakana* andina, supuestamente condenaría nuestra visión del mundo a la inmovilidad de lo sagrado”.

Artesanos del calzado: en esta categoría se ha considerado a aquellos usuarios que se dedican a la confección del calzado, así como aquellos en calidad de aparadores del calzado. Considerando que presentan sus medios de producción propias, así como de materiales y maquinaria propia instalados en un taller de producción, la mayoría de ellos trabajan con el cónyuge en conjunto a más de ello aproximadamente el 50 % cuenta con personal trabajador en un número promedio 2 a 3 trabajadores.

Es necesario recalcar que la comunidad de Quisapincha tiene un alto potencial turístico caracterizado por la comercialización de productos en base al uso de cuero entre ellos: zapatos, carteras, chompas, monederos, sombreros entre otros. La mayor variedad de artículos se encuentra en los locales al ingreso a la parroquia, sin embargo, también comercializan en la feria artesanal que se realiza en la plaza central de la parroquia. Además, las comunidades de Ambatillo y Angahuana se encuentran cerca de la comunidad de Quisapincha lo que facilita que el calzado confeccionado sea comercializado en esta zona turística.

Empleados públicos y privados: en esta categoría incluyen todos los usuarios que no poseen medios de producción propia, sino que dependen de un salario mensual.

Una vez recolectada la información se realizó el cruce de variables de modos de vida, estilos de vida, inserción social y comunidad lo que facilitó la identificación de los procesos críticos y de las barreras socioculturales de los pueblos indígenas

Finalmente, una vez consolidada la información se ha procedido con la elaboración de la matriz de procesos críticos identificados en cada dimensión general, particular y singular como manifiesta Breilh (2021, 216-7), la matriz de procesos críticos es una:

herramienta para la interpretación del movimiento de determinación social, un instrumento de sistematización dialéctica para repensar el método epidemiológico. La matriz, en efecto, nos permite profundizar en los elementos constitutivos y relaciones de

determinación social, dar seguimiento y comparar la salubridad de un territorio dado, entre tipos de producción, modos de vivir y ecosistemas relacionados.

Capítulo tercero

Barreras socioculturales y acceso a la atención de salud desde la epidemiología crítica

Al referirnos a las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato, es importante caracterizar el contexto económico-histórico y social del cantón Ambato y de las comunidades en donde se realizó el presente estudio, además, desde la Epidemiología crítica, es importante identificar los procesos protectores y destructores de la salud desde la mirada de la reproducción y determinación social en sus tres dimensiones: general, particular y singular, así como la conjugación de los saberes ancestrales-tradicionales aplicados por los hombres y mujeres de sabiduría de las comunidades indígenas.

1. Contexto económico-histórico y social

La denominación Ambato proviene probablemente de la voz Hambatu o Jambatu, que podría traducirse como la Colina de la Rana, así, lo manifiesta, Altamirano (2018, 5), además, manifiesta que la historia de Ambato inicia desde su primer asentamiento en las orillas del río del mismo nombre, en el sector de lo que hoy se conoce como el Socavón.

Luego, en 1570 llega Antonio de Clavijo por orden del presidente de la Real Audiencia de Quito, como encargo de definir calles, plazas y señalar el lugar donde se construiría la iglesia el 24 de junio, día de San Juan, por lo que fue bautizada la ciudad con el nombre de San Juan Bautista de Ambato (Altamirano 2018, 5).

En tal sentido, también explica que:

El 20 de junio de 1698, en horas de la madrugada un temblor violento destruyó casi todas las casas e iglesia del lugar y la mayoría de sus habitantes fueron sorprendidos y sepultados bajo los escombros de sus propias casas. En 1698 Antonio de Ron, fundó nuevamente Ambato y para 1756 ya existían más o menos 150 familias españolas y alrededor de 6000 indígenas. En 1820 Ambato declara su independencia, el 23 de julio de 1860 adquiere la categoría de provincia y el 21 de mayo de 1861 se crea como tal mediante decreto de la Convención Nacional, lo que hoy en día se conoce como San Juan Bautista de Ambato conocida como Cuna de los Tres Juanes, y Ciudad de las Flores, Frutas y el Pan. (Altamirano 2018, 6)

Es importante mencionar, que la población del cantón Ambato, en su mayor parte no aporta o no está afiliada al seguro social, porque el 38,7% de la población trabaja por cuenta propia, así, lo explica, Altamirano (2018, 8), y también destaca que “este importante porcentaje de tungurahueses son artesanos, se dedican a la confección del calzado, joyas, textiles, artesanías, mueblerías, metalmecánica. El 4.1% de la población se declara patrono, es decir que dirigen su propio negocio a nivel de empresa o microempresa” (Altamirano 2018, 8).

Dentro de las principales actividades económicas del cantón Ambato se encuentran las actividades productivas entre las que se mencionan: fabricación de calzado, fabricación de prendas de vestir; entre las actividades de comercio se detallan: venta al por menor de alimentos, bebidas y tabaco, venta al por menor de prendas de vestir; entre los servicios se detallan: actividades de restaurantes y servicios móviles de comida, actividades de peluquería y otros productos de belleza (Instituto nacional de estadística y censos 2011, 19).

2. El territorio-metabolismo social-natural

Las nacionalidades y pueblos indígenas se encuentran habitando la sierra el 68,20 %, seguido de la Amazonia 24,06 %, y la costa con solo un 7,56 % (Mamo 2024, 378).

De la totalidad de la población de Ecuador a nivel nacional y según el último censo (2020), 7 de cada 100 habitantes del país se autoidentifican como indígenas pertenecientes a las 14 nacionalidades, respectivamente: *Achuar, Andoa, Awa, Chachi, Cofán, Épera, Kichwa, Secoya, Shiwiar, Shuar, Siona, Tsáchila, Waorani y Zápara*. Cada nacionalidad representa a una cultura propia y realidad específica que deben ser tomadas en cuenta en el diseño de las políticas públicas de salud (EC Ministerio de Salud Pública 2017, 4).

La provincia de Tungurahua está ubicada en la sierra andina y se divide en nueve cantones: Ambato, Cevallos, Tisaleo, Mocha, Píllaro, Pelileo, Patate, Baños y Quero. La provincia de Tungurahua tiene 504 583 habitantes y el 12,4 % de ellos se reconoce indígena, es decir, casi el doble en comparación con el dato nacional (Pinos-Montenegro 2020, 3).

Su perfil epidemiológico de la población de la zona norte del cantón Ambato está ligado a factores socioeconómicos y culturales como la pobreza, la escasez de recursos, la geografía, la organización social y la actividad económica. A esto se suman procesos

malsanos que afectan el acceso a la atención en salud, como las distancias geográficas que hay entre las comunidades y los centros de salud, y diferencias culturales que actúan como limitante en la interacción con el personal de salud (Patiño-Londoño et al. 2016).

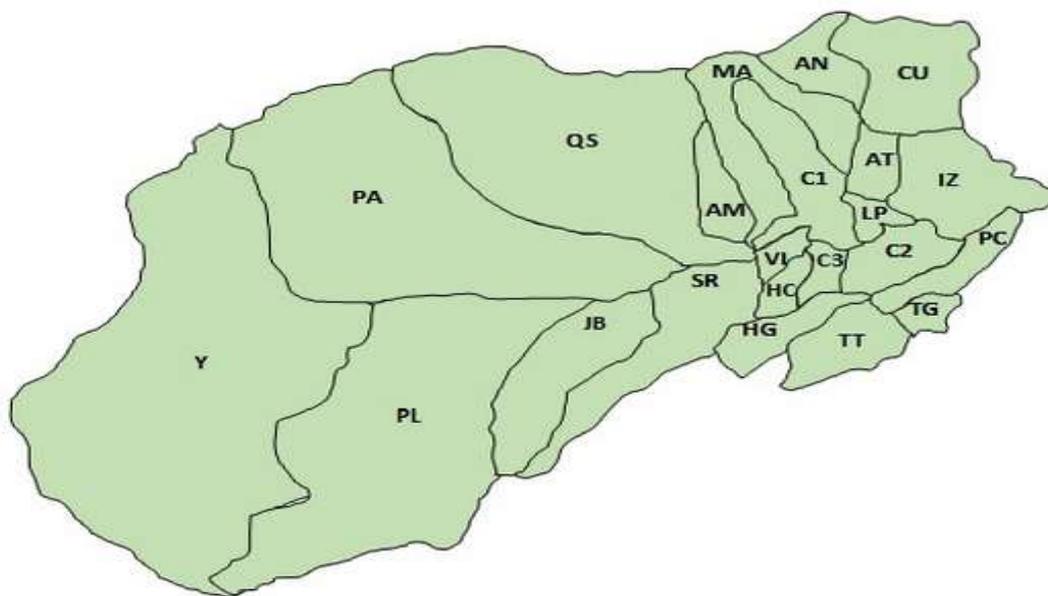


Figura 3. Distribución de los Establecimiento de Salud del Cantón Ambato (2024)
Fuente y elaboración propia

La presente investigación se realizó en las comunidades de Angahuana, Ambatillo y Quisapincha que a continuación se describe:

Angahuana: La comunidad de Angahuana pertenece a la parroquia Constantino Fernández (Cullitagua); Cullitagua, se deriva del vocablo quichua, Culli = tierra y Tagua = seco, que forman la palabra, tierra seca. El nombre de Constantino Fernández se otorgó a esta parroquia por elogiar al doctor y abogado que lleva el mismo nombre, quien aparte de pertenecer al territorio, practicaba una doctrina liberal, quien por lo tanto protestó en contra de gobiernos tiranos como el de García Moreno, que se encontraba rigiendo en ese tiempo, por tanto, fue perseguido y desterrado, pero su huella política marcó la historia del país (Valles Marco 2022, 11).

De acuerdo con la información del censo INEC (2020), la población total de la parroquia Constantino Fernández es de 2534 habitantes.

Las autoridades del gobierno autónomo descentralizado de la parroquia Constantino Fernández, enfatiza que:

Tradicionalmente el pueblo vivía del trueque, intercambiando productos de la sierra con la costa a lomo de mula por el tradicional camino negro o del Inca, que está a las faldas del cerro Pilishurco. Sin embargo, luego de la construcción de la acequia de agua Alta y Baja Fernández, el giro económico cambia, volviéndose agrícolas y en la actualidad su mayor producción es la pera, mora y fresa. (Gobierno autónomo descentralizado Constantino Fernández 2025, 1)

Caseríos: La Libertad Barrios: San José, San Vicente, Sevilla, San Mateo, Centro Parroquial, Inapísí, México, Los Ángeles, San Pedro, La Floresta, San Antonio.

Comunidades: San José de Angahuana y la comunidad de Cullitahua Sagatoa que tiene los barrios Barrio San Francisco, San Juan, San Luis, El Mirador y parte del barrio San José (Valles Marco 2022, 12).

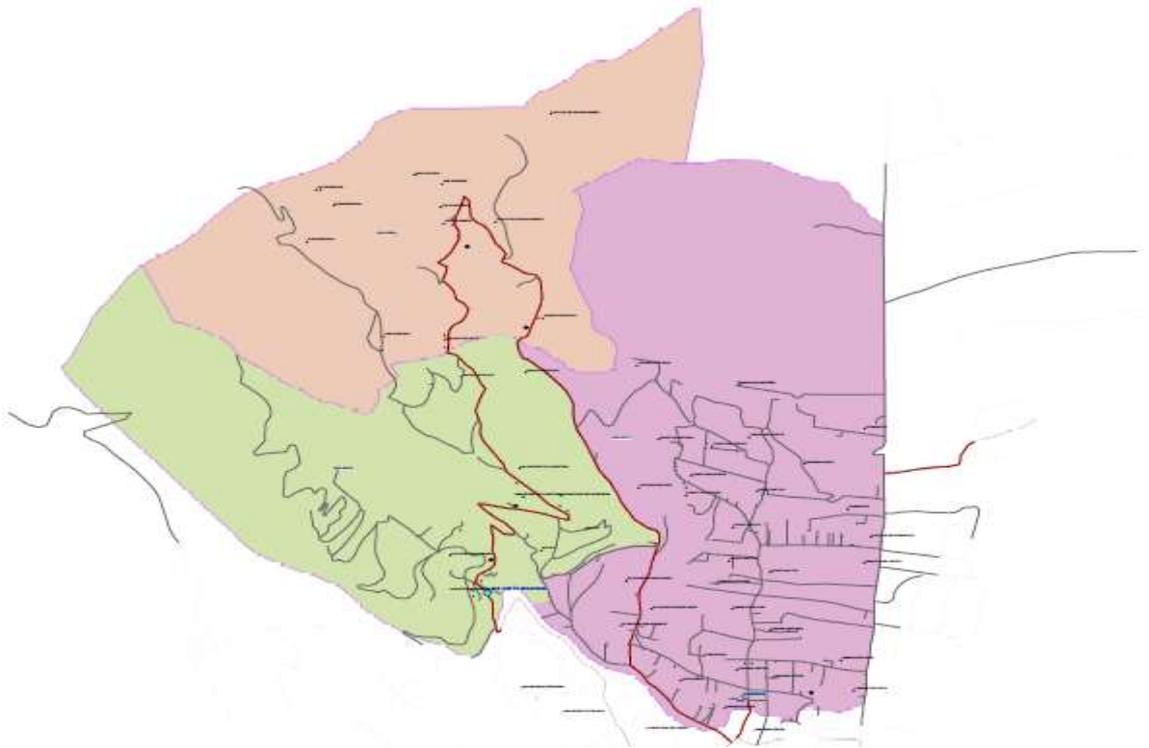


Figura 4. Mapa geográfico de la comunidad de Angahuana (2024)
Fuente y elaboración. Distrito de Salud 18D02

Ambatillo: La comunidad de Ambatillo pertenece a la parroquia Ambatillo, es una demarcación territorial integrada al Cantón Ambato, se halla en la cordillera occidental de los Andes, localidad parroquial ubicada en la provincia de Tungurahua, Ecuador; posee una superficie territorial de 12,89 kilómetros cuadrados, una topografía variable que va desde los 2808 a 4100 m.s.n.m. La parroquia Ambatillo actualmente se encuentra política y administrativamente estructurada por 24 barrios y 11 de estos forman la comuna Ambatillo Alto (Paredes Cynthia y Marcial Jennifer 2023, 8).

De acuerdo con los datos del INEC (2020), en Ambatillo habitan 5243 personas: hombres (48,38 %) y mujeres (51,62 %). Se puede asumir que el 73,61 % de la población es mestiza, como también el 26,12 % es indígena, y otros 1,56 % (incluyendo blanco, mulata, montubia, afroecuatoriana entre otros). “La economía de la parroquia Ambatillo se caracteriza por las actividades manufactureras principalmente, la agricultura que es la segunda actividad a la que se dedica la población” (Paredes Cynthia y Marcial Jennifer 2023, 18).

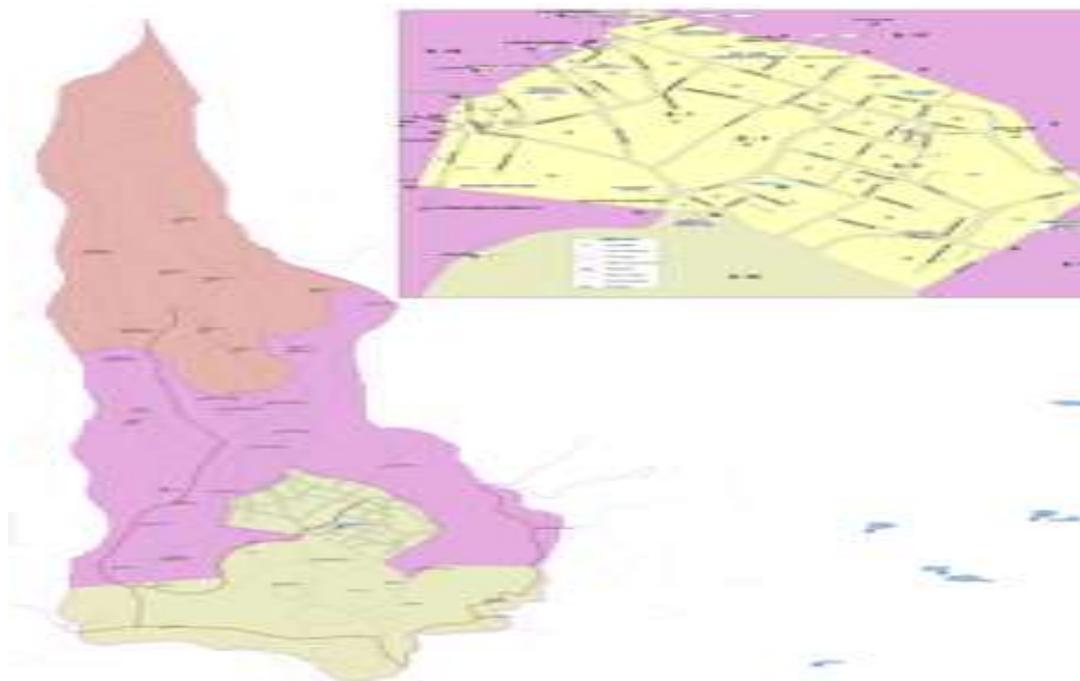


Figura 5. Mapa geográfico de la comunidad de Angahuana (2024)
Fuente y elaboración. Distrito de Salud 18D02

La parroquia de Quisapincha es una zona turística a nivel nacional por la producción y confección de ropa y artículos a base de cuero, así, refiere, Avalos Galo et al. (2023, 9) y explica que, Quisapincha proviene de las voces quichuas *Quisa* que significa alfarero y *Pincha* que significa acequia, debido a las numerosas lluvias que caen sobre la zona alta y media de la parroquia, dando lugar a la construcción de canales de riego de agua para irrigar el suelo. Otro significado de Quisapincha, corresponde a *Quisa* 3 y *Pincha* día, debido a que a los viajeros tardan tres días para llegar a Quito desde esta zona (Avalos Galo et al. 2023, 9).

Fue fundada por Antonio Clavijo en 1570, teniendo datos de ser parroquia eclesiástica desde el año de 1653, posteriormente fue elevada a la categoría de parroquia civil el 19 de mayo de 1861 (Avalos Galo et al. 2023, 9).

La población total de la parroquia de Quisapincha según el último censo realizado por el INEC en el año 2020 fue de 13.001 habitantes constituida por 6235 hombres y 6766 mujeres. Esta población se encuentra en su mayoría en el área rural de la parroquia. Dentro de la pirámide poblacional los indígenas ocupan un mayor porcentaje con más del 59,44 % de la población total, seguido por los mestizos con el 40,47 % (Avalos Galo et al. 2023, 17).

La parroquia de Quisapincha cuenta con 18 comunidades distribuidas en la zona alta y media mayoritariamente y en la zona baja.



Figura 6. Mapa geográfico de la comunidad de Angahuana (2024)
Fuente y elaboración. Distrito de Salud 18D02

3. Los pueblos indígenas de la zona norte del Cantón Ambato y su organización

De la población indígena en total, el 50,9 % son mujeres y 49,1 % son hombres. La edad promedio de la población indígena fluctúa entre 25 a 26 años siendo, en este sentido, una población joven. La nacionalidad *Kichwa* presenta una particular diversidad sociocultural ya que la misma se subdivide en 17 pueblos, los cuales comparten una misma matriz cultural *kichwa* pero con variantes locales y regionales. Les une un idioma común que es el *runa shimi* (idioma del humano) y una misma concepción del mundo (EC Ministerio de Salud Pública 2017, 5).

El Gobierno Provincial de Tungurahua (2022,1) manifiesta que los grupos indígenas de la provincia de Tungurahua se caracterizan por una diversidad de expresiones culturales que se manifiestan a través del lenguaje, como es el *Kichwa* que ha sido un aspecto conservado como parte de su identidad y cosmovisión en las comunidades.

Además, otro aspecto importante es la vestimenta que distingue a los pueblos indígenas y simboliza su relación con la madre naturaleza. Estas riquezas que representan parte de la identidad como sociedad, deben ser valoradas para la generación de encuentros culturales (Gobierno Provincial de Tungurahua 2022, 1).

El Gobierno Provincial de Tungurahua (2022, 1), manifiesta que los pueblos indígenas que se ubican en los cantones Ambato y Pelileo son: *Chibuleo*, *Kisapincha*, *Salasaka* y *Tomabelas* y además detalla sus características:

Características del Pueblo indígena de *Chibuleo*: el idioma del pueblo Chibuleo es el *Kichwa*, el castellano es su segundo idioma; este pueblo indígena se encuentra ubicado en la parte sierra central, al sur-oeste de la provincia de Tungurahua; generalmente su ocupación es la producción agrícola, principalmente el cultivo de papas, mellocos, cebada, maíz y hortalizas; este pueblo baila al son de los pingullos, rondadores, huancas y bocina (Gobierno Provincial de Tungurahua 2022, 1).

Características del Pueblo indígena de *Kisapincha*: el pueblo *Kisapincha* tiene como lengua materna el *Kichwa*, es así, que el idioma castellano es su segunda lengua materna; las comunidades de este pueblo indígena se encuentran ubicadas en diferentes zonas de la provincia de Tungurahua; principalmente este pueblo se dedica a la producción agrícola y ganadera, un aspecto importante, es la herencia católica en este pueblo indígena (Gobierno Provincial de Tungurahua 2022, 1).

Características del Pueblo indígena de *Salasaka*: el idioma del pueblo *Salasaka* es el *Kichwa*, el castellano es su segundo idioma; este pueblo indígena se encuentra ubicado en la provincia de Tungurahua; su principal actividad es la agricultura y su producción está dirigida al mercado nacional y al consumo propio de la familia (Gobierno Provincial de Tungurahua 2022, 1).

Características del Pueblo indígena de *Tomabelas*: la vestimenta de los hombres de este pueblo indígena está representada por pantalón y camisa de varios colores acompañado de poncho rojo o azul y sombrero blanco, las mujeres visten anaco negro con bayeta de colores además de un sombrero blanco y collares de colores (Gobierno Provincial de Tungurahua 2022, 1).

La presente investigación, el 99 % de la población indígena pertenece al pueblo *Kisapincha* y únicamente el 1 % pertenece al pueblo *Chibuleo*, se debe manifestar que las tres comunidades con las que se trabajaron en el presente estudio: Angahuana, Ambatillo y Quisapincha guardan cercanía geográfica.

En la comunidad de Angahuana, la población indígena comprende el 64 % y la mestiza el 36 % siendo las dos culturas predominantes dentro del territorio (Valles Marco 2022, 28).

Actualmente, la comunidad de Quisapincha es una parroquia que por la visión política y jerárquica de sus autoridades han reemplazado la escritura originaria de *Kisapincha* a Quisapincha.

4. Caracterización de la población de las tres comunidades indígenas del Cantón Ambato

Tabla 4
Caracterización del tamaño de la familia en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Comunidad								
	Ambatillo		Quisapincha		Angahuana		Total		
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	
Total, de miembros de la familia	1,0	1	6	3	4	-	-	4	3
	2,0	3	17	15	21	3	10	21	18
	3,0	8	44	22	30	5	17	35	29
	4,0	4	22	10	14	12	41	26	22
	5,0	1	6	13	18	5	17	19	16
	6,0	1	6	8	11	4	14	13	11
	8,0	-	-	1	1	-	-	1	1
	10,0	-	-	1	1	-	-	1	1
	Total	18	100	73	100	29	100	120	100
Total, de niños/as menores de 5 años	,0	18	100	54	74	12	41	84	70
	1,0	-	-	15	21	12	41	27	23
	2,0	-	-	4	5	5	17	9	8
	Total	18	100	73	100	29	100	120	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

Como se aprecia en la tabla 4, en un rango del 18 a 22 %, las familias de las tres comunidades: Ambatillo, Quisapincha y Angahuana se encuentran conformadas por dos

a cuatro miembros, lo que corresponde a un tipo de familia nuclear conformada por los padres e hijos.

Además, existe un predominio del grupo etario menores de cinco años, sobre todo en menores de un año que representa el 70 %, seguido de niños de un año de edad que corresponde al 23 % y, finalmente, de niños de dos años de edad que representa el 8 %.

Tabla 5
Caracterización de grupos prioritarios en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

		Comunidades indígenas			
		Ambatillo	Quisapincha	Angahuana	Total
		% n=18	% n=73	% n=29	% n=120
		Presencia de grupos prioritarios			
Personas con discapacidad	11	10	10	10	10
Adultos mayores	28	23	7	20	
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

Para el análisis, las comunidades de Ambatillo, Quisapincha y Angahuana tienen un promedio de 10 % de familias que poseen dentro de su composición familiar a personas con discapacidad y el 20 % con adultos mayores, no obstante, en la Comunidad de Ambatillo existe mayor número de familias con adultos mayores que representa el 28%; ello se aprecia que la atención de salud se ve dirigida a estos grupos prioritarios.

Debemos mencionar que existe un difícil acceso geográfico a estas los barrios y localidades de estas 3 comunidades indígenas sobre todo de la zona alta y media, de manera que es así como lo manifiesta el Taita 1, hombre de sabiduría manifiesta que “hemos atendido más de 20.000 personas en este lapso de tiempo, cuyas fichas están registradas”, así mismo la Líder comunitaria 3, refiere “en nuestra comunidad si tenemos una secretaría de la salud para los eventos del centro de salud que hacen también talleres como pueden ser vinculadas con la medicina ancestral como si es un occidental entonces realiza en esos intercambios de experiencias”.

5. Modos de Vida según inserción social

Tabla 6
Caracterización de la población indígena según inserción social y género del responsable económico del hogar en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Comunidades indígenas			
	Ambatillo	Quisapincha	Angahuana	Total
	% n=18	% n=73	% n=29	% n=120
	Inserción social			
Pequeño agricultor	67	85	66	78
Artesano del calzado	28	3	7	8
Empleado público o privado	6	12	28	15
	Género del principal responsable económico del hogar			
Masculino	44	84	79	77
Femenino	56	16	21	23
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
 Elaboración propia

La información que se detalla en la tabla 6, permite analizar la distribución por clase social utilizando el instrumento INSOC, así como el género del principal responsable económico del hogar, encontrándose que el 78 % es pequeño agricultor considerándose a esta categoría a todos los usuarios que se dedican a la agricultura y ganadería, de manera que nuestras comunidades indígenas conservan el proceso de conexión con la madre naturaleza.

El 15 % es empleado que abarca del sector público o privado, bajo este análisis en esta categoría incluyen todos los usuarios que no poseen medios de producción propia, sino que dependen de un salario mensual, en muchos de los casos para solventar los gastos económicos del hogar requieren de ser empleados sobre todo del sector privado en cuanto cumplan con el requisito mínimo de ser bachiller especialmente en la comunidad de Angahuana.

El 8 % son artesanos de calzado, de este porcentaje el 28 % específicamente corresponde a la comunidad de Ambatillo, en esta categoría se ha considerado a aquellos usuarios que se dedican a la confección del calzado, así como aquellos en calidad de aparadores del calzado, hay que considerar que en la Parroquia de Quisapincha por ser lugar turístico, se desarrollan ferias de venta de calzado, chompas de cuero, entre otros

productos; así como permanentemente existen locales donde comercializan estos productos, por lo que los usuarios de la Parroquia de Ambatillo que son artesanos de calzado viajan a esta parroquia que se encuentra a 30 minutos de distancia.

En referencia al género del principal responsable económico del hogar, de manera general el 77% corresponde al género masculino, sin embargo, en la comunidad de Amatillo hay mayor predominio de género femenino de 56 puntos porcentuales, ello contextualiza que en la actualidad la visión machista que antiguamente nuestras comunidades indígenas tenían ahora ya está cambiando la realidad y el género femenino está constituyéndose en el pilar fundamental económico del hogar.

Tabla 7
Nivel de educación del jefe de familia según inserción social en tres comunidades indígenas del Cantón Ambato (2024)

	Inserción Social			
	Pequeño agricultor % n=93	Artesano calzado % n=9	del Empleado público o privado % n=18	Total % n=120
Género del principal responsable del hogar				
Masculino	75	56	94	77
Femenino	25	44	6	23
Nivel de educación del jefe de familia				
Ninguna	25	11	11	22
Primaria	54	22	11	45
Básica	18	67	28	23
Bachillerato	3	-	50	10
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 7, dentro de la categoría de inserción social, el empleado público o privado, el artesano de calzado y el pequeño agricultor en un 77% pertenecen al género masculino, es importante mencionar que 44% del artesano de calzado pertenece al género femenino, esto representa que tanto el género masculino como femenino casi de manera equitativa tienen esta ocupación.

En relación con el nivel de educación del jefe de familia, de manera general las categorías de pequeño agricultor, artesano de calzado y empleado público o privado, el 45% ha terminado la primaria; sin embargo, en la categoría del artesano de calzado el 67% ha terminado la instrucción básica y en la categoría de empleado público o privado el 50 % es de instrucción bachiller.

Tabla 8
Vivienda, transporte y alimentación según inserción social en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Inserción Social			Total % n=120
	Pequeño agricultor % n=93	Artesano calzado % n=9	del Empleado público o privado % n=18	
Tipo de vivienda				
Casa	91	100	94	93
Mediagua	9	-	6	8
Tipo de transporte				
Bus público	42	44	50	43
Vehículo privado	18	33	44	23
Camioneta	26	22	-	22
Caminata	14	-	6	12
Alimentación				
Más de 3 veces al día	3	-	-	3
3 veces al día	94	100	100	95
2 veces al día	3	-	-	3
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
 Elaboración propia

En referencia al tipo de vivienda según inserción social, se evidencia que el pequeño agricultor, el artesano de calzado y el empleado público o privado en un 93 % posee casa y únicamente el 8 % posee mediagua, considerándose que la vivienda constituye un proceso protector para la salud.

Así, como el tipo de transporte que utilizan principalmente es el bus público que corresponde al 43 %, el 23 % se moviliza en vehículo privado, el 22 % se moviliza en una camioneta, considerando que este tipo de camionetas son de carácter comunitarias es decir existen cooperativas de camionetas destinadas para el transporte de la población hacia los lugares de difícil acceso que tienen un costo por persona. Finalmente, el 12 % se moviliza realizando caminata.

En cuanto a la alimentación, el 95 % se alimenta tres veces al día, tomándose en cuenta que sobre todo el pequeño agricultor consume productos alimenticios propios de la zona, como tubérculos entre ellos, la papa, melloco entre otros, así también, el consumo de leche proveniente del ganado vacuno.

6. Caracterización de acceso a los Servicios de Salud de la población de las tres comunidades indígenas del Cantón Ambato

Tabla 9
Lugar a donde acude cuando presenta un tipo de enfermedad y gastos para atender la salud según inserción social en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Inserción social			Total
	Pequeño agricultor	Artesano calzado	del Empleado público o privado	
	% n=93	% n=9	% n=18	% n=120
Lugar a donde acude cuando presenta un tipo de enfermedad				
Centro de salud público	67	78	78	69
Médicos privados	24	-	22	22
Yachas (médicos ancestrales)	10	22	-	9
Gastos para atender la salud				
Menos de 50 dólares	67	78	72	68
De 50 a 100 dólares	25	22	28	25
Más de 100 dólares	9	-	-	7
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

Como se evidencia en la tabla 10, el lugar donde acuden cuando algún miembro del hogar presenta un tipo de enfermedad, el 69% acude al centro de salud público, mientras que el 22% acude a médicos privados, sin embargo, el 9% acude a los *Yachas* (médicos ancestrales).

Como afirma el Líder comunitario 4:

Claro, la mayor parte, como digo, cuando a una persona se enferma, la mayor parte, y usted sabe, la gente del campo, es poco que acudan a los centros de salud porque usted sabe que el centro de salud no está las 24 horas, sino son los aproximadamente están ocho horas laborables. La mayor parte de la gente cree en la medicina ancestral con las mismas plantas de la tierra que Dios nos ha dado, entonces la mayor parte está curando todo lo que es medicina natural, porque se ve digamos, en un centro de salud que atendiera a las 24 horas fue el éxito, porque ahora ni siquiera los hospitales está dentro de las 24 horas, no hay una atención de calidad. Eso ha venido pasando en estos tiempos, por eso mucha gente opta por curarse ellos mismos, pero en esa parte creo que debería tomar en cuenta el centro salud. Un apoyo del 100% para que se pueda ver una mejoría de cómo le vuelve recalco en la anterior. (Líder comunitario 4)

Además, es importante mencionar lo manifestado por el representante de las organizaciones indígenas que argumenta aún más lo manifestado anteriormente, Líder comunitario 1:

Bueno, primeramente, como yo había hecho siempre, estar pendiente de, digamos, los yachas, a veces también con limpia de cuy, digamos, como medicamento. Y parece que están también otros, verdaderamente, utilizan también a sus centros de salud o a su vez, bueno, digamos, económicamente si tiene posibilidad ha buscado también a clínica particular. Entonces, yo estado acudiendo al hospital, también a centro de salud. Entonces, en variedad cosas de los compañeros, según capacidad que tenga de recurso económico han estado también cuidando de su salud. (Líder comunitario 1)

Para ello, el Líder comunitario 2 refiere:

Bueno, digamos, cuando es bastante crítico, como que no se cree mucho en la medicina occidental, o sobre todo a la institución, o sea, al centro de salud, como que dice, no, allá no me voy, porque allá no me cura. Entonces, ahí ese tipo de creencias individual, algunos tienen que irse a los hospitales, otros médicos particulares, pero generalmente cuando son problemas así pequeños que se puede resolver, casi generalmente se cura en su propia casa. Entonces, sin embargo, casi hoy en la actualidad de los jóvenes igual como que va perdiendo esa confianza, también hay medicinas del campo, medicina andina. (Líder comunitario 2)

En cuanto a los gastos para atender la salud, el 68 % gasta menos de 50 dólares, el 25 % gasta de 50 a 100 dólares y únicamente 7 % gasta más de 100 dólares particularmente en el pequeño agricultor.

7. Caracterización de pertenencia a organizaciones indígenas y otras de la población de las tres comunidades indígenas del Cantón Ambato

Tabla 10
Rol del jefe de familia en la organización comunitaria y pertenencia de la comunidad a organizaciones indígenas según inserción social en tres comunidades indígenas del Cantón Ambato (2024)

	Inserción social			Total
	Pequeño agricultor	Artesano calzado	del Empleado público o privado	
	% n=93	% n=9	% n=18	% n=120
Rol del jefe de familia en la organización comunitaria				
Cabildo	2	22	6	4
Comunero/a	98	78	94	96
Pertenencia de la organización comunitaria a una Federación Indígena				
Movimiento indígena de Tungurahua-CONAIE	65	22	44	58

Federación de Organizaciones Indígenas evangélicas de Tungurahua AIET-FEINE	35	78	56	42
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

El rol del jefe de familia en la organización comunitaria constituye una categoría importante dentro del metabolismo con la madre naturaleza, en referencia a la inserción social, entre pequeños agricultores, artesano del calzado, empleado público o privado, el 96 % cumple el rol en la comunidad en calidad de comunero y únicamente el 4 % cumple el rol de cabildo, tomando en cuenta que el cabildo es el líder de la comunidad, quienes generalmente son elegidos en asambleas comunitarias y representan a la comunidad.

En relación con la pertenencia de la organización comunitaria a una Federación indígena tomando en cuenta la categoría de inserción social, el 58 % pertenece al Movimiento indígena de Tungurahua-CONAIE, y el 42 % a la Federación de Organizaciones Indígenas evangélicas de Tungurahua AIET-FEINE. En este último, se encuentra mayormente el artesano de calzado. Esta identificación de pertenencia a organizaciones indígenas es necesaria puesto que se identifica en ellas, además de secretarías de salud, como lo manifiesta el Líder comunitario 2: “tenemos de la Secretaría de Salud y Educación, están justamente para coordinar con instituciones públicas de lo que se refiere de salud en la parte educativa, tratar de recibir cursos de prevención, tenemos que de alguna manera buscar alternativas de pronto algún taller, alguna atención que se requieren la comunidad, son las personas dedicadas para coordinar con las instituciones”.

Tabla 11
Participación de la familia en otras formas de organización según inserción social en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Inserción social			
	Pequeño agricultor	Artesano calzado	del Empleado público o privado	Total
	% n=93	% n=9	% n=18	% n=120
Participación en otras formas de organización				
Comité Local de Salud	9	33	6	10
Club del adulto mayor	20	-	-	17
Grupo de mujeres	15	11	17	15
Club deportivo	11	22	17	13
Grupo religioso	60	33	39	55
Grupo cultural-artístico	2	-	6	3
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024

Elaboración propia

Como se muestra en la tabla 11, existe la participación de la familia en otras formas de organización según la inserción social, el 55% pertenece al grupo religioso con mayor predominio en el pequeño agricultor, esta categoría puede tener relación con la pertenencia a la Federación de Organizaciones Indígenas evangélicos de Tungurahua AIET-FEINE, el 17 % pertenece al club del adulto mayor concentrado totalmente en el grupo del pequeño agricultor, el 15 % pertenece al grupo de mujeres, el 13 % pertenece al club deportivo, el 10 % pertenece al Comité Local de Salud, y únicamente el 3 % pertenece al grupo cultural- artístico.

Todas estas maneras de pertenencia a otras formas de organización en la comunidad, pertenece a procesos protectores dentro de la categoría de la determinación social de la Epidemiología crítica, lo que permite al usuario generar espacios de intercambio de conocimientos entre la sociedad en beneficio de la salud.

8. Caracterización de los modos de vida/cultura de las tres comunidades indígenas del Cantón Ambato

Tabla12
Pertenencia a pueblo indígena, iglesia y uso de vestimenta según inserción social en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Inserción social			Total % n=120
	Pequeño agricultor % n=93	Artesano del calzado % n=9	Empleado público o privado % n=18	
Uso de las lenguas indígenas				
Sólo Kichwa	10	11	-	8
Sólo castellano	23	67	67	33
Kichwa y castellano	68	22	33	59
Pertenencia a grupo/iglesia de la familia				
Evangélica	58	78	56	59
Católica	39	22	39	38
Ninguna	3	-	6	3
Uso de vestimenta propia de su pueblo o nacionalidad indígena				
Siempre	28	11	11	24
Solo en ocasiones especiales	54	67	78	58
Solo en festividades	18	22	11	18
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
 Elaboración propia

En relación con la categoría de inserción social, el 99% pertenece al pueblo indígena *Kisapincha* y el 1 % pertenece al pueblo indígena *Chibuleo*, con relación al uso de lenguas indígenas, el 59 % usa la lengua *Kichwa* y castellano especialmente en el grupo de pequeño agricultor, el 33 % usa la lengua sólo castellano especialmente en el grupo del artesano del calzado y el 8 % usa la lengua sólo *Kichwa*.

En referencia a la pertenencia a grupo/iglesia, el 59 % pertenece a la religión evangélica lo que guarda relación con la pertenencia a la Federación de Organizaciones Indígenas evangélicos de Tungurahua AIET-FEINE, el 38 % pertenece a la religión católica y el 3 % manifiestan no pertenecer a ninguna; hay que considerar que esta categoría guarda relación directa con las costumbres y creencias de cada pueblo indígena y su cosmovisión con el proceso salud-enfermedad.

En cuanto al uso de vestimenta propia de su pueblo o nacionalidad indígena, el 58 % manifiesta que solo en ocasiones especiales hace uso de su vestimenta propia de su pueblo, el 24 % manifiesta que siempre hace uso de su vestimenta, y el 18 % solo hace uso en festividades. Esto permite reflexionar que la vestimenta de los pueblos indígenas puede no usarse por diversos motivos, como la influencia cultural de otros sectores sociales o el crecimiento urbano, siendo esta una forma de comunicación que transmite

gustos y un sentido de pertenencia a un grupo y muchas de las veces son diseñados y elaborados por la misma comunidad.

9. Procesos salud-enfermedad desde la cosmovisión ancestral de las tres comunidades indígenas del cantón Ambato

Tabla 13
Elementos protectores de la salud según inserción social en tres comunidades indígenas del Cantón Ambato (2024)

	Inserción social			
	Pequeño agricultor % n=93	Artesano calzado % n=9	del Empleado público o privado % n=18	Total % n=120
Elementos protectores de la salud				
Armonía con la madre naturaleza	59	78	50	59
Conexión con el aire	57	56	39	54
Conexión con el agua	58	56	39	55
Conexión con el fuego	56	56	39	53
Conexión con la tierra	58	56	39	55
Celebración de los Raymis proceso protector de la salud				
Totalmente	33	33	17	31
Parcialmente	16	22	33	19
Nada	51	44	50	50
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

Como se evidencia en la tabla 13, en un rango de 53 % a 59 % se determina que la armonía con la madre naturaleza, la conexión con el aire, agua, fuego, tierra constituyen los elementos protectores de la salud según la inserción social, sin embargo en un 50% consideran que la celebración de los Raymis no constituye un proceso protector de la salud y solo el 31% considera que si constituye un proceso protector de la salud puesto que en las mencionadas celebraciones se agradece a la madre naturaleza.

En este contexto Taita 1, hombre de sabiduría manifiesta que “la enfermedad es el rompimiento del sinchi, una de las cosas que nosotros tenemos bien claro es nuestra espiritualidad, la espiritualidad es la base para la sanación. Si no hay espíritu, no hay

cuerpo físico, no hay salud, entonces, para nosotros creemos y esperamos siempre que la vida sea integrativa, siempre estamos pensando en nuestra chacana, la filosofía de la Cosmovisión Andina”.

Y también manifiesta que “los saberes ancestrales no son la mente, son los Raymis, los Raymis son cuatro fiestas de agradecimiento a la madre tierra, la una por la semilla, la otra por los brotes, la otra por los granos tiernos y la otra por los granos secos, dos masculinos y dos femeninos. El femenino en marzo y septiembre, el masculino en junio y en diciembre”.

Además, el Taita 3, manifiesta que, “la enfermedad es el desequilibrio del cuerpo, mente y espíritu con la pacha mamita”.

10. Perfil epidemiológico desde la cosmovisión de medicina ancestral-tradicional de las tres comunidades indígenas del Cantón Ambato

El perfil epidemiológico de la población de la zona norte del cantón Ambato está ligado a factores socioeconómicos y culturales como la pobreza, la escasez de recursos, la geografía, la organización social y la actividad económica.

Tabla 14
Principales causas de morbilidad por autoidentificación étnica, por nacionalidad y pueblo del cantón Ambato (2024)

Morbilidad	Autoidentificación étnica		Total, porcentaje
	Indígena %	Mestiza %	
Parasitosis intestinal	15	85	100
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	14	86	100
Infección de vías urinarias	11	89	100
Faringitis aguda, no especificada	8	92	100
Vaginitis aguda	16	84	100
Amigdalitis aguda	13	87	100
Obesidad no especificada	9	91	100

Fuente: Sistema de atenciones PRAS desde enero a noviembre, Cantón Ambato 2024
Elaboración propia

Como se visualiza en el Tabla N.14, las primeras causas de morbilidad en la población indígena se encuentra la vaginitis aguda que representa el 16 %, seguida de la parasitosis intestinal en un 15 %, las enfermedades respiratorias se encuentran en un rango de 8 a 14 % entre ellas, la rinofaringitis, amigdalitis y faringitis aguda, y la obesidad no especificada que representa el 9 %.

Según las atenciones por pueblo indígena revisado del sistema de atenciones PRAS del Ministerio de Salud Pública comprendido entre los meses de enero a noviembre del 2024, en el Cantón Ambato existe un 42 % de atenciones al pueblo indígena *Tomabela*, 16 % al pueblo indígena *Kisapincha*, 7 % al pueblo *Chibuleo*.

Es necesario dejar el pensamiento hegemónico lineal, en donde al proceso de salud-enfermedad lo contextualiza identificando causa-efecto y al ser humano lo ve como un ser fragmentado con una visión biologista; en cambio el paradigma desde la Epidemiología crítica permite analizar las categorías de la reproducción social, es así que se enfoca en la interconexión con el metabolismo naturaleza-sociedad.

Es así que Taita 1, hombre de sabiduría manifiesta sobre los diagnósticos ancestrales:

El *Guayra Mangasca*, que no es sino los sustos, los miedos que tenemos, ¿no? y es cuando vamos a la quebrada, vamos a decidios y no acostumbramos lo que nuestros abuelos decían. Jakuwashi, majakuwashi, vamos a la casa, vamos a la casa, pero estoy yendo a la casa, ¿no?, es que estábamos llamando al espíritu, porque el espíritu se queda entusiasmado viendo el espacio y no regresa con nosotros. Y el niño comienza a llorar y comienza a llevamos al médico, el médico le da Jarabes. Entonces, ¿qué necesitamos limpiar el mal aire? Y es ir al sitio y llamar a la criatura. Entonces, por eso es que nuestros abuelos decían, ¡masta, masta, vamos, no te quedés! (Taita 1)

Tabla 15
Tipo de enfermedades prevalentes desde la medicina ancestral según inserción social en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Inserción social			
	Pequeño agricultor	Artesano calzado	del Empleado público o privado	Total
	% n=93	% n=9	% n=18	% n=120
	Tipo de Enfermedades			
Enfermedades Crónica	34	22	6	29
Enfermedades Respiratorias	76	78	72	76
Enfermedades Digestivas	31	78	50	38
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

Como se aprecia en la tabla 15, el tipo de enfermedades prevalentes desde la medicina ancestral según inserción social, se encuentran en un 76 % las enfermedades respiratorias seguidas de un 38 % de enfermedades digestivas y en un 29 % de enfermedades crónicas.

Lo expuesto anteriormente guarda relación con lo manifestado por la Mama 1, mujer de sabiduría quién refiere que, “bueno, como personas adultas o jóvenes, más vienen con fiebre que es pues, la enfermedad de gripe, porque yo he ayudado a las mujeres ya 45 años”.

Así también lo manifiesta Taita 2, hombre de sabiduría, “en la comunidad tenemos, tienen ahorita de este tiempo, a COVID-19, algunos vuelta tienen espanto, algunos tienen malestar de cuerpo, algunos tienen estrés, ahorita tienen como decir que no come, tienen gastritis, anemia, mareo de la cabeza”.

Además, el Líder comunitario 4, detalla que:

Más que todo la comunidad de San José de Angahuana, uno como representante y como cabildo, alrededor de la población, se ha visto mucho lo que es la desnutrición, donde falta la atención hacia los niños. Eso es lo que le falta, en este tiempo por la situación que hoy atraviesa tanto el país y el mundo entero, tantas enfermedades, es lo que necesitamos darle más tratamiento, ver qué falencias o qué, con qué medicina podemos llegar hacia ellos, puede ser la medicina natural, la medicina química, yo creo que son esos dos factores para poder trabajar y tener una buena mentalidad a la nueva generación que viene, porque eso es la base fundamental, tener unos niños bien protegidos en salud, bien nutridos, porque esto es el vivir día a día, creo que con una buena nutrición, una buena salud, la nueva generación va a poder vivir muchos años más. (Líder comunitario 4)

Tabla 16

Miembros de la familia que han enfermado en el último año y pertenencia a grupos etarios según inserción social en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Inserción social			Total
	Pequeño agricultor % n=93	Artesano calzado % n=9	del Artesano calzado % n=18	
Miembros de la familia que han enfermado				
1 a 3 miembros	81	89	94	83
3 a 5 miembros	15	11	6	13
5 miembros	4	-	-	3
Grupos etarios que han enfermado				
Menores de 5 años	19	22	44	23
Adolescentes	38	33	39	38
Adultos jóvenes	74	33	67	70
Adultos mayores	75	-	100	71
Personas con discapacidad	11	11	6	10
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024

Elaboración propia

Como se evidencia en la tabla 16, los miembros de la familia que han enfermado en el último año según inserción social, corresponde de 1 a 3 miembros de la familia que representa el 83 %; el grupo etario mayor afectado por la enfermedad son los adultos mayores que corresponde al 71 %, particularmente del artesano de calzado, ello puede relacionarse puesto que por la edad su estado inmunológico se debilita; seguido del grupo

etario de los adultos jóvenes que representa el 70 % que puede relacionarse ya que esta población está más expuesta a procesos malsanos debido que es una población económicamente activa; seguido del grupo etario de adolescentes en un 38% ; en menores de 5 años en un 23 % y finalmente en un 10 % el grupo etario afectado son las personas con discapacidad.

La salud intercultural es el puente conector entre la medicina occidental con la medicina ancestral-tradicional, de manera que articuladamente se trabaje con un mismo fin de garantizar la salud del usuario, es así que las comunidades indígenas poseen dentro de su organización las llamadas secretarías de la salud, es así como el Líder comunitario 2, manifiesta que, dentro de las funciones de la secretaria de la salud, se encuentra:

Ahí están la obligación de coordinar para cada uno de las comunidades, digamos, con personas de pronto, hay personas discapacitadas o con capacidades especiales como nosotros lo llamamos, con ellos, igual, tiene que buscar la institución que esté trabajando en esos elementos, igual con personas de adultos mayores, con los niños, igual que en lo que es la prevención de la salud, la nutrición y este tipo de cosas, están en la obligación, ellos de coordinar para todas las comunidades. (Líder comunitario 2)

11. Caracterización de las barreras socioculturales en el acceso a la atención de salud de las tres comunidades indígenas del Cantón Ambato

Tabla 17
Percepción de discriminación en la atención de salud en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Comunidades indígenas			
	Ambatillo	Quisapincha	Angahuana	Total
	% n=18	% n=73	% n=29	% n=120
Percepción de la atención de salud				
Tipo de rechazo	-	10	-	6
Demora en la atención	94	73	93	81
Trato inadecuado	6	18	7	13
Percepción de discriminación en la atención de salud				
SI	6	4	7	5
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

Como se evidencia en la tabla 17, la percepción de discriminación en la atención de salud en tres comunidades indígenas se engloba principalmente en la demora en la atención, lo que representa el 81% como porcentaje general en las tres comunidades

donde se realizó el estudio, sin embargo, esta percepción particularmente sobrepasa del 90 % en las comunidades de Ambatillo y Angahuana; en un 13 % existe la percepción de trato inadecuado y en un 6 % existe la percepción que durante la atención de salud existe algún tipo de rechazo. A ello suma, que 5% de usuarios tiene la percepción de discriminación en la atención de salud.

En este contexto, se detalla a continuación lo manifestado por el Líder comunitario 4 en relación con la atención en el centro de salud:

Yo creo que la situación del centro de salud y la población, está en un 30% al centro de salud y un 70% a la población, porque les pongo esa calificación, porque hoy en la actualidad de los médicos o quienes están trabajando en los centros de salud, la mayor parte está durante su día laborable, ¿cuál es su día laborable?, trabajar sus ocho horas diarias, así me voy, no hay una concientización que en verdad, trabajar por la población con ese cariño al 100% porque la realidad, a veces veo que solamente si yo tengo que atender 10 pacientes, pues atiendo los 10 pacientes y eso no debería ser, sino deberían prestar atención al 100% el centro de salud y quienes laboran ahí, deberían dar más de lo mejor, no solamente poner un estándar del 10 o del 5, sino lo que haga, porque ahí vamos a poder mejorar la calidad de vida hacia una población, hacia la gente, eso he visto y dentro de mis comunidades, eso sería un factor positivo para poder mejorar la calidad de salud y que deje de haber muchas enfermedades. Es decir, el otro 70% la población acude a los hombres y mujeres de sabiduría. (Líder comunitario 4)

Tabla 18
Motivo de percepción de rechazo durante la atención de salud en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Comunidades indígenas			
	Ambatillo	Quisapincha	Angahuana	Total
	% n=18	% n=73	% n=29	% n=120
	Motivos de percepción de rechazo			
Vestimenta de su etnia	17	1	45	14
Lengua Kichwa	44	1	38	17
Cultura indígena	28	1	55	18
Color de piel	11	1	45	13
Apariencia indígena	22	1	48	16
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

Se evidencia en la tabla 18, que el motivo de percepción de rechazo durante la atención de salud en tres comunidades indígenas: Angahuana, Quisapincha y Ambatillo tiene un rango porcentual de 13 a 18 %, entre mencionadas percepciones se encuentran:

cultura indígena, por la lengua *Kichwa*, por la apariencia indígena, por la vestimenta de su etnia y color de piel, aunque particularmente estas percepciones se encuentran con predominio en las comunidades de Ambatillo y Angahuana.

Esta particularidad, que la comunidad de Quisapincha presenta únicamente el 1 % dentro de la percepción de rechazo durante la atención de salud, puede relacionarse con lo manifestado por el Líder comunitario 2:

Yo creo que hasta el momento yo, y al menos de mi parte, que he visto de que hay esa mística de trabajo, que haya respetado incluso que, si estamos hablando de los rituales que siempre se ha hecho, que también es parte de una celebración ancestral. Hemos visto la participación conjunta, hay también hay excepciones, ¿no?. Hay personas que de pronto dice, no, simplemente es un folklore de pronto y de paso, yo diría, digamos, incluso a las personas que de pronto no hablan castellano, no acordamos, porque yo pienso que ahí deberíamos un poco más trabajar con las personas que podamos tener una relación en comunicación, sobre todo. Entonces, hay recelo de parte de los usuarios también, de pronto, digo, no estoy mal vestido, o no estoy a igual a ellos, digamos, la inferioridad o la superioridad, son complejos que de pronto sí es una barrera que de pronto no permite tener nuestra estrecha relación. Y ahí, pero hemos visto, al menos en Quisapincha, de que, si hay trabajo que están llegando incluso a los lugares, con las visitas, eso genera confianza y se puede tranquilamente hacerse atender con mayor confianza, ¿no?. Entonces, yo creo que por ese lado hemos visto, hay un respeto, muchos, digamos, de parte de los funcionarios de centro de salud. (Líder comunitario 2)

Tabla 19
Percepción de trato inadecuado en la atención por servicios de salud en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Comunidades indígenas			
	Ambatillo	Quisapincha	Angahuana	Total
	% n=18	% n=73	% n=29	% n=120
Servicios de Salud con percepción de trato inadecuado				
Admisión	61	11	24	22
Medicina	83	1	28	20
Enfermería	56	1	31	17
Obstetricia	67	1	10	13
Laboratorio	61	-	14	13
Farmacia	72	-	31	18
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigida a familias indígenas, Ambato 2024
Elaboración propia

La información que se muestra en la Tabla 19, permite identificar las diferentes dependencias del Centro de Salud que bajo la percepción del usuario, existe un trato inadecuado en la atención de salud, entre las que se detallan, en la comunidad de Ambatillo es importante mencionar que en todas las dependencias del Centro de Salud

existe una percepción de trato inadecuado que supera el 50 %, en los servicios de Admisión, Enfermería Medicina, Obstetricia, Laboratorio y Farmacia; no obstante en el Centro de Salud de la comunidad de Angahuana existe una percepción de trato inadecuado en todas sus dependencias en un rango de 10 a 31 %, a diferencia del Centro de Salud de la comunidad de Quisapincha que representativamente muestra una percepción de trato inadecuado en el Área de Admisión y en sus demás dependencias existe un porcentaje mínimo del 1 % de trato inadecuado, considerando que el servicio de Admisión es la puerta de entrada al usuario hacia la atención por los diferentes servicios de salud de la Unidad Operativa.

En relación con esta percepción de trato inadecuado en la atención por servicios de salud, el Líder comunitario 4 detalla que:

Sí, hay médicos que respetan eso, pero así también hay médicos que tampoco los respetan, entonces yo creo que deberían ser y como siempre soy de esas personas, educarle al médico, educarle para que tenga una atención de buen trato como digo, lo puede ser negro, indígena, blanco, cholo, mestizo. Entonces yo creo que un médico debe dar un servicio de calidad a la persona que sea, sin ver ni costumbres, ni religiones, ni vestimentas, todos somos iguales, todos somos un ser humano, todos somos hijos de Dios y creo que debemos ser todos iguales. Entonces eso deberían educarles desde EL ministerio de salud y desde las universidades, porque de ahí las universidades son para educarnos y de ahí debemos educarnos. (Líder comunitario 4)

Tabla 20
Razones de no acudir al Centro de Salud en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Comunidad			
	Ambatillo	Quisapincha	Angahuana	Total
	%	%	%	%
Razones de no acudir al Centro de Salud				
Distancia	61	25	21	29
Idioma	6	-	7	3
Demora en atención	17	14	31	18
No turnos	-	8	10	8
Solo dan una pastilla	17	12	10	13
Criticar que utilice la medicina ancestral	-	3	-	2
Confío más en la medicina ancestral	-	38	21	28
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigida a familias indígenas, Ambato 2024

Elaboración propia

Como se puede visualizar en la Tabla 20, la distancia al Centro de Salud en las tres comunidades *Kichwas* del cantón Ambato: Ambatillo, Quisapincha y Angahuana, representa el 29 %, es una categoría que limita a los usuarios indígenas a acudir a la atención en el Centro de Salud, en promedio el Centro de Salud se encuentra de 30 a 60 minutos de distancia, considerando la zona alta en las tres comunidades es la más lejana del casco centra.

Es importante mencionar que 28 % representa a usuarios que no acuden al Centro de Salud porque confían más en la medicina ancestral aplicada por los hombres y mujeres de sabiduría que posee cada comunidad objeto de estudio y que son reconocidos por la comunidad misma.

Así la experiencia de los hombres y mujeres de sabiduría en curar las diferentes enfermedades de la población indígena ha hecho que su medicina ancestral-tradicional perdure de generación en generación y a través del testimonio de los usuarios que fueron curados, sigan teniendo la acogida a sus saberes.

Es así que Taita 1, hombre de sabiduría manifiesta sobre su experiencia, “en esta experiencia de casi 50 años de atención hacia las comunidades, hacia las personas que necesitan, pues ha sido, digamos, esta barrera del lenguaje ha quedado vencida porque puedo interactuar con las personas que vienen a la consulta”.

Asimismo, Taita 2, hombre de sabiduría menciona que “en el año 2006, entonces desde ahí yo aprendí, mis abuelos que me ha dado esas esencias de lo que ha hecho aprender”.

Para Mama 1, en cambio, detalla “Dios a dado inteligencia, a conocer cómo partera y como madrona que llamamos, entonces sí, ayudo en mi comunidad, en otras comunidades de vecinas parroquias y laborado como partera y ayudando a dar a luz, manteos, revisión de niños, siquiera ya unos 40 años”.

Otras de las razones por las cuales los usuarios indígenas no acuden a la atención en el centro de salud, en un 18 % es por la demora en la atención, el 13% en cambio porque solo dan una pastilla y en un rango del 2 al 8 % en cambio no acuden por el idioma, porque ya no hay turnos y porque critican que utilizo la medicina ancestral.

Es así que el Líder comunitario 2, nos relata su experiencia de enfermedad:

Yo tuve que estar hospitalizado en mi propia casa con atención médica, eso de los que tenemos por lo menos las posibilidades económicas para poder tratar, mayormente en las

comunidades han utilizado su propia medicina que ha logrado, digamos, como medicina natural, ha logrado controlar, casi la mayoría. Pero hay muchas de gente que, de pronto, confiaba en la salud pública y muchos de ellos han perdido la vida, incluso los mismos doctores, esos médicos han fallecido con ese tipo de enfermedad. Y, bueno, en las comunidades de alguna manera, sí, se ha logrado, porque pedir que el Ministerio de Salud cubra todas estas necesidades en el campo es bastante difícil por la distancia y todo. Sin embargo, yo creo que ha sido una de las alternativas, incluso nos ha dado la posibilidad de generar nuestras propias sobrevivencias a través de inventar, generar propias iniciativas en la producción, y hemos cambiado, porque, de pronto, el cólera ha sido un problema fatal de salud, pero también nos ha enseñado cómo salir adelante, nos ha cambiado nuestra forma de vida en cada una de las comunidades. Ha tenido que regresar las personas de la ciudad al campo, no sé si te da importancia al campo y, lógicamente, los de la ciudad requieren también del campo. (Líder comunitario 2)

Tabla 21
Estrategias de mejora para la atención de salud a la población Kichwa en tres comunidades indígenas del cantón Ambato (2024)

	Comunidades indígenas			
	Ambatillo	Quisapincha	Angahuana	Total
	% n=18	% n=73	% n=29	% n=120
Estrategias de mejora en la atención de salud				
Protocolo de atención	56	53	45	52
Personal que hable idioma Kichwa	22	23	10	20
Programas de sensibilización	-	10	3	7
Comprensión de la medicina ancestral	22	18	41	24
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas, Ambato 2024

Elaboración propia

En la tabla 21, se aprecia que el 52 % de usuarios manifiestan que la mejor estrategia para mejorar la atención de salud en la población *Kichwa* de la zona norte del Cantón Ambato es a través de la implementación de un protocolo de atención, seguido de la estrategia de que los profesionales comprendan el contexto de la medicina ancestral y finalmente se muestra la estrategia que es necesario que el profesional de salud que trabaje en estas zonas con población indígenas debería hablar el idioma *Kichwa* propio de estas comunidades, de manera que permita tener mayor acceso a la atención de salud y permita

interactuar de mejor manera con la población al respetar las costumbres, creencias, idioma, cosmovisión del proceso salud-enfermedad como un ser holístico que interactúa con la madre naturaleza y sus procesos protectores y malsanos para la salud.

Estas estrategias concatenan según lo manifestado por el Líder comunitario 2:

Obviamente, más bien, ahí requiere también un poco de trabajo de respaldo hacia ustedes, igual como organización, yo creo que estamos para respaldar a las instituciones que están prestando un servicio, en función humanitaria que sería el tema desde la salud, porque si no tenemos presupuesto, igual hay una desconfianza aquí, digamos, de los usuarios, uno mismo también se dice, si no me van a dar atención, no hay medicamento para qué voy a ir, ¿no?. Entonces, yo pienso que, para librar de todos estos criterios, que de pronto nos perjudica también, digamos, la credibilidad de una institución, yo considero más bien, que hay una coordinación de trabajo con las instituciones con la organización para exigir, de ser posible al Estado, para que proveen de recursos y sean un poco más operativos, la institución, como este caso, centro de salud. Por ejemplo, la ampliación que ustedes requieren, se necesita un espacio mucho más funcional para que todo el personal que está en atención médica, puedan también trabajar suficientemente y que la atención sea eficiente, sobre todo, ¿no? (Líder comunitario 2)

Así también, el Líder comunitario 1, manifiesta que “sí, hay secretaría de salud en la organización. Entonces, yo creo que estamos coordinando con secretaría también de salud para que él venga y también coordinen y con los centros de salud para poder trabajar”.

Además, argumenta “entonces, a más de coordinar con el centro de salud para trabajar en conjunto, bueno, ellos hacen también actividades, hacen también informes de comunidad por comunidad, identificando qué dificultad tiene, también información de los adultos mayores, de discapacidades, a los niños, de embarazadas. Entonces, eso yo creo que el compañero secretario nos hace diagnóstico de cada una de las comunidades”.

Entonces, la estrategia que propone el presente trabajo investigativo es la elaboración de un protocolo de atención en salud para los pueblos indígenas, en donde la base fundamental sea el respeto de las tradiciones, costumbres, religión, vestimenta, idioma propio de cada pueblo y nacionalidad indígena, y la sugerencia para la elaboración de este protocolo es el trabajo articulado con la comunidad, puesto que se evidencia la iniciativa por parte de los líderes comunitarios en trabajar en equipo con el intercambio de saberes tanto de la medicina occidental como de la medicina ancestral-tradicional.

Así lo detalla el Líder comunitario 2, “bueno, yo diría que, para mí, es bastante interesante la relación que hay entre el centro de salud y con algunos compañeros que conocen dentro de la medicina natural. Yo creo que va de la mano, bueno, a pesar de que hay una norma y ley que nos obliga, que haya una relación mutua de trabajo en conjunto, yo creo que Quisapincha al menos hemos visto que hay participación de los compañeros”.

Además, enfatiza que:

Nos hace falta mucho más de tratar de integrar e ir de alguna manera relacionándose la medicina ancestral con la medicina occidental. Entendiendo de que ustedes digamos la medicina occidental es la que de alguna manera alivia lo más rápido posible, ¿no?. Pero yo al menos de mi forma de pensar no es que cura en su totalidad. La medicina andina, digamos, así, en cambio paulatinamente, nosotros vamos recuperando y está en la disciplina incluso de la alimentación, no solamente en lo que es preparativos de las plantas medicinales, sino desde la alimentación. (Líder comunitario 2)

12. Análisis cualitativo

Descripción contexto Hombres y mujeres de sabiduría

Biografía de los hombres y mujeres de sabiduría

Mama Antonia Caisaguano Apupalo. – mujer de sabiduría, nació en la Parroquia Ambatillo, al norte del cantón Ambato, tiene 62 años de edad, aprendió la medicina ancestral tradicional con ayuda de su esposo, es partera con experiencia promedio de 40 años, vive en Ambatillo alto, en el sector Quishuar, atiende partos y además realiza limpieas, su ocupación es la agricultura.

Taita Narciso Chamba de la Cruz. - hombre de sabiduría que nació en la Parroquia Pasa, al norte del cantón Ambato, tiene 60 años de edad, aprendió la medicina ancestral tradicional con ayuda de su abuelo, actualmente vive en la Parroquia Quisapincha Sector de Calhuasig Grande, realiza limpieas y radiografías a través del cuy, su ocupación es la agricultura.

Taita José Alberto Garcés Escobar. – hombre de sabiduría, vive en el casco central de la Parroquia Quisapincha, al norte del cantón Ambato, tiene 73 años de edad, aprendió la medicina ancestral tradicional con ayuda de su padre, tiene su espiritualidad de yacha, tiene una experiencia en este campo de 48 años aproximadamente.

Prácticas y conocimientos

Nuestro hombres y mujeres de sabiduría, representantes de la medicina ancestral tradicional, tienen varias divinidades espirituales, entre los que se destacan: Taita 1 y Taita 2 son considerados como yachas y Mama 1, es considerada como partera, quienes

realizan sus prácticas de medicina ancestral en promedio de 20 a 40 años, y sus prácticas de curación que realizan pertenecen a la cosmovisión de la región sierra de nuestro país.

Nuestros hombres y mujeres de sabiduría, viven en las comunidades indígenas de zona alta, únicamente Taita 1, vive en el caso parroquial de Quisapincha.

Reconocimiento de la comunidad

Nuestros hombres y mujeres de sabiduría adquirieron sus conocimientos de generación en generación, muchos de ellos, lo adquirieron observando como sus abuelos, suegros, y esposo curaban, mientras recibían la explicación de las prácticas ancestrales que realizaban, así este conocimiento se fue transmitiendo, además, manifiestan que continúan fortaleciendo su conocimiento con el intercambio de saberes con otros hombres y mujeres de sabiduría.

Los hombres y mujeres de sabiduría son reconocidos por la comunidad de ser quienes practican la medicina ancestral tradicional, en beneficio de la población, además, manifiestan que este reconocimiento de plasma en un certificado de la comunidad en donde reconoce que practican la medicina ancestral tradicional.

Debemos mencionar, que únicamente Mama 1, quién se identifica como partera, tiene su reconocimiento también por parte del Ministerio de Salud, acorde a la normativa vigente del Manual de Parteras.

Origen de la enfermedad y prácticas de medicina ancestral

Los hombres y mujeres de sabiduría, manifiestan que la enfermedad, es el rompimiento del sinchi, considerado sinchi equivalente a un todo, es decir el rompimiento y/o desequilibrio de las esferas que compone el ser humano.

Desde la experiencia en la comunidad, los hombres y mujeres de sabiduría manifiestan que los desequilibrios de salud que han tratado principalmente son: sustos, espastos, gripes, mal aire, así lo ratifica Taita 1: *El Guayra Mangasca, que no es sino los sustos, los miedos que tenemos, ¿no? Y es cuando vamos a la quebrada, vamos a decidios y no acostumbramos lo que nuestros abuelos decían. Jakuwashi, majakuwashi, mavamos a la casa, vamos a la casa, pero esto yendo a la casa, ¿no? Es que estábamos llamando al espíritu, porque el espíritu se queda entusiasmado viendo el espacio y no regresa con nosotros.*

No obstante, Mama 1, a más de ser partera también cura de desequilibrios del cuerpo. Los hombres y mujeres de sabiduría identifican estos desequilibrios a través del pulso, así también con el abrazo al usuario que está enfermero y en ocasiones a través del cuy, y para curar estos desequilibrios utilizan ingredientes propios de su huerto de plantas medicinales que poseen en el patio de su domicilio. Además, es importante mencionar, que sólo Taita 1, posee un sitio sagrado para hacer rituales que es una cascada dentro de la comunidad, los demás hombres y mujeres de sabiduría, manifiestan, que su sitio sagrado es la madre naturaleza y que sus rituales son para ella.

Un ejemplo, para la gripe, utilizan la cáscara de plátano de ceda, realizan un preparado con mantequilla, aceite de almendras, azúcar, este preparado ayuda a los síntomas respiratorios.

Percepción de barreras de acceso a la salud desde la cosmovisión de la medicina ancestral tradicional

Los hombres y mujeres de sabiduría manifiestan que actualmente trabajan de manera conjunta con los profesionales del Centro de Salud que existe en sus comunidades, es así que realizan intercambio de conocimientos, celebración de Raymis, sin embargo, por la rotación de profesionales consideran que es una limitante para continuar de manera efectiva, puesto que muchos de los profesionales desconocen de la existencia de la medicina ancestral tradicional.

Además, consideran que la población no acude a los Centros de Salud, por muchas causas entre las que se detallan: mucho tiempo de espera a ser atendidos, solo reciben pastillas que no curan, no hablan el idioma nativo en el centro de salud y los usuarios no entienden, y sobre todo porque confían en la medicina ancestral tradicional.

Descripción contexto Líderes comunitarios

Identificación de problemas de salud

Los líderes comunitarios manifiestan que los principales problemas de salud en la población son: parasitosis, anemia y desnutrición en los niños, así como las infecciones respiratorias entre las que se destacan: la gripe, pulmonía, manifiestan que debido al contexto geográfico de ser zonas altas en donde el clima frío predomina; es así que también existe manifiesta predominar enfermedades como la artrosis sobre todo en los adultos mayores.

Respeto de costumbres y creencias

Los líderes comunitarios, en consenso manifiestan que en un 50% existe respeto de costumbres y creencias por parte del Centro de Salud, por la rotación de profesionales que existe a nivel institucional a favorecido a que haya un limitado respeto de costumbres y creencias considerando que los profesionales de salud son educados con la línea de la medicina occidental y muchos desconocen de la existencia de la medicina ancestral tradicional.

Es así, que Líder comunitario 4, afirma:

Sí, hay médicos que respetan eso, pero sí también hay médicos que tampoco con los respetan. Entonces yo creo que deberían ser y como siempre soy de esas personas, educarle al médico, educarle para que tenga una atención de tanto como digo, lo puede ser negro, indígena, blanco, cholo, mestizo.

Salud, costumbres y creencias

Los líderes comunitarios concuerdan todos en que la comunidad, cuando enferman, si son problemas de salud leve acuden primeramente a la medicina ancestral por estar más cerca de la comunidad, es decir a ser atendidos por yachas y cuando el problema de salud es grave acuden a los centros de salud y hospitales.

Así lo afirma, el Líder comunitario 4:

Claro, la mayor parte, como digo, cuando a una persona se enferma, la mayor parte, y usted sabe, la gente del campo, es poco que acudan a los centros de salud, porque usted sabe que el centro de salud no está las 24 horas, sino son los aproximadamente están ocho horas laborables. La mayor parte de la gente que lo hace locura en la medicina astral con las mismas plantas de la tierra que Dios nos ha quedado.

La comunidad y el marco institucional

Bajo la apreciación de los Líderes comunitarios, la relación que guarda el Centro de Salud con los hombres y mujeres de sabiduría es bien estrecha, con un trabajo en conjunto con el intercambio de saberes, además, manifiestan, que todas las comunidades indígenas pertenecen a una Organización indígena denominada ONUCAT que cuenta con una secretaría de salud y que trabaja de manera independiente en actividades de promoción de la salud con la identificación de grupos vulnerables entre ellos niños, embarazadas y adultos mayores.

Sin embargo, la relación de la secretaria de la salud de la organización indígena, trabaja de manera limitada con el centro de salud, esta secretaría, trabaja en proyectos de salud con actores locales propios de la comunidad e incluso otras instituciones públicas más no con actividades fusionadas con el centro de salud.

Así lo enfatiza el Líder comunitario 2:

Tenemos de la Secretaría de Salud y Educación existe, están justamente para coordinar con instituciones públicas de lo que se refiere de salud en la parte educativa, tratar de recibir cursos de prevención, tenemos que de alguna manera buscar alternativas de pronto a algún taller, a alguna atención que se requieren la comunidad, son las personas dedicadas para coordinar con las instituciones.

Discusión y conclusiones

Discusión

Considerando que la salud es un derecho del ser humano en la esfera social, cultural y espiritual, además, reconociendo la diversidad de los pueblos y nacionalidades indígenas que históricamente han sufrido inequidades y exclusiones que de clase, género, y de acceso a los servicios de salud, es así, que se tiene la compleja misión de la construcción social con el enfoque intercultural con identidad en los pueblos indígenas, que garantice transformaciones de paradigmas en nuestra concepción del proceso salud enfermedad entre la medicina occidental y la medicina ancestral tradicional como un desafío para todos los sectores en el proceso de construcción de accesibilidad a la salud de toda la población (EC Ministerio de Salud Pública 2010, 11).

Es así, que la salud intercultural permite la articulación paralela entre la biomedicina y la medicina de nuestros pueblos indígenas, pero no con enfoque hegemónico o de subalternidad, como se ha caracterizado durante los últimos años en nuestro sistema de salud, y que ha sido un reclamo por parte de las comunidades indígenas, al contrario, con un enfoque crítico y holístico en donde los principios de garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, así mismo fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión, proyectando las prácticas saludables (EC Ministerio de Salud Pública 2012, 46)

Así enfatiza, Aguilar et al (2020), que todas las culturas desarrollan modelos médicos para poder entender y enfrentar la enfermedad e idealmente recuperar la salud, sin embargo, la dificultad radica en que, como herederos de la colonia, todos los países de América dan primacía al modelo de salud Biomédico, con el cual se envía el mensaje de que los demás modelos de salud están equivocados y que todas las personas deben aceptar y usar el modelo occidental biomédico como único verdadero (Aguilar Peña, Tobar Blandón, y García-Perdomo 2020, 2).

Con lo expuesto, el presente estudio empleó un nuevo paradigma que es totalmente diferente al del sistema sanitario convencional, biologista. El principal desafío de la epidemiología crítica, es entender la esencia de la salud como movimiento

multidimensional socialmente determinado de procesos de dimensiones interdependientes (Breilh 2021, 131).

Según Armijos et al, en su estudio sobre “Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador”, manifiesta que la etnia indígena está asociada con una menor probabilidad de uso de los servicios preventivos en comparación con los mestizos, además, se observa que aquellos entre 45-59 años tienen mayor probabilidad de uso que los jóvenes, este dato es congruente con el presente estudio en donde se evidencia que el 70% de población que ha enfermado y ha acudido al centro de salud más cercano corresponde al grupo etario del adulto joven, lo que se percibe que a medida que avanza la edad, el usuario fortalece su cuidado a la salud (Armijos Bravo y Camino Mogro 2017, 9)

En este contexto, la investigación pudo evidenciar que existe la presencia de barreras socioculturales a la atención de salud a nuestros pueblos indígenas, debido al sistema sanitario lineal que nuestro país ha venido manejando; la falta de políticas y la falta de un enfoque desde la Epidemiología crítica ha permitido que exista la vulneración del derecho a la salud en nuestras comunidades indígenas, se ha evidenciado que por diferentes razones la población indígena no acude a la atención en los centros de salud en los que se destacan: por un trato inadecuado por parte de los profesionales que laboran en los centros de salud hacia la población indígena, a ello suma, la distancia geográfica, y el motivo más relevante es porque la comunidad indígena confía más en la medicina ancestral por lo que acuden a los hombres y mujeres de sabiduría que se encuentran en la comunidad, cerca de la población.

Además, Aguilar et al, argumenta que “existen múltiples barreras que impiden que exista una atención sanitaria intercultural; por ejemplo, la aceptación por parte de los proveedores de atención médica-biomédica y cuestiones relacionadas con la seguridad, eficacia, calidad y uso racional de la medicina tradicional, por falta de investigación de la etnobotánica”, además, es relevante, manifestar que la educación en la formación de los profesionales de salud ha constituido desde años atrás la piedra angular de la comunidad científica con ideología fundamentalista, con el enfoque occidental que pone en duda los principios y validez de la medicina ancestral tradicional (Aguilar Peña, Tobar Blandón, y García-Perdomo 2020, 3).

Debemos recalcar, que los hombres y mujeres de sabiduría tienen su experiencia de varios años practicando la medicina ancestral tradicional, en promedio de 40 años y continúan brindando su atención en sus propios domicilios, en cuartos adecuados para la

atención, y, en los patios del domicilio cuentan con su propio huerto de plantas medicinales, importante mencionar que la atención brindada no tiene un costo establecido, sino es la voluntad por parte del usuario atendido y no utilizan redes sociales para promocionar su servicio sino el testimonio de los usuarios que se curaron es suficiente para que más usuarios acudan donde ellos; a diferencia de la de atención por parte de los profesionales de la biomedicina que ofertan su servicio por varias fuentes de redes sociales y presentar un tarifario de costo a la atención de salud.

A ello, se añade, en el presente estudio, que existe mayor trato inadecuado a la población indígena en los servicios de admisión y medicina de los centros de salud, además, dentro de los motivos de percepción de rechazo se encuentran por la cultura indígena, lengua Kichwa, por la apariencia indígena, por la vestimenta de su etnia y color de piel, por lo descrito, es imprescindible que las políticas públicas en salud intercultural deben incluir el empleo de la lengua indígena. Es así, que Menéndez (2020, 2) manifiesta que, si bien el sistema médico hegemónico junto con la tecnología ha ayudado a resolver problemas de salud, ha permitido disminuir la morbilidad y mortalidad, pero también ha sido criticado hacia su mercantilización, al constante incremento del costo de atención de la enfermedad y, más recientemente, del costo de la salud.

Sin embargo, es importante pensar en un nuevo modelo médico hegemónico basadas en diferentes orientaciones no solo científicas y profesionales, sino económico-políticas e ideológico-culturales, de manera, que pueden hacerlo desde las propuestas indigenistas latinoamericanas que nos proponen el buen vivir (Menéndez 2020, 4)

Conclusiones

Los resultados muestran la importancia de trabajar con un paradigma desde la Epidemiología crítica con sus categorías de la determinación social y metabolismo naturaleza-sociedad de manera que aborde no solo al individuo sino también a la colectividad y su entorno. En las comunidades indígenas de la zona norte del Cantón Ambato, la percepción de discriminación en la atención de salud se enfoca en la demora para la atención de salud, así como en un trato inadecuado y sobre todo ésta problemática se focaliza en el área de Admisión y Medicina de los Centros de Salud del primer nivel de atención de las tres comunidades objeto de estudio y los motivos de no acudir a la atención en el Centro de Salud recae en la distancia y porque confían más en la medicina ancestral-tradicional principalmente.

En cuanto al modelo hegemónico de nuestro sistema sanitario, con la intensificación de las políticas neoliberales y capitalistas ha fragmentado al sistema sanitario, ha resultado en mayor exclusión y pobreza para hombres y mujeres, así, la desvalorización de las culturas, y descalificación de otros sistemas de conocimiento no occidentales como es la medicina ancestral tradicional, esto ha hecho que se fragmente la medicina occidental con la medicina ancestral-tradicional.

Ecuador, desde años atrás ha excluido la medicina ancestral-tradicional; no obstante, hace pocos años atrás se creó la salud intercultural como el puente de unión entre la medicina ancestral-tradicional con la medicina occidental, y es ahí que emiten las directrices de reconocimiento a los hombres y mujeres de sabiduría que se contempla en la medicina ancestral-tradicional por su arduo trabajo a nivel comunitario. En la presente investigación se ha logrado profundizar los conocimientos ancestrales desde la percepción del proceso salud-enfermedad, desde una mirada de la Epidemiología crítica.

Lamentablemente, existen motivos de rechazo en la atención de salud por la cultura indígena, apariencia indígena, por el idioma Kichwa, entre otros, por parte de los profesionales de salud de las unidades operativas. Por eso, es importante que nuestro sistema sanitario genere políticas en el sistema de salud que permita enfocar a la persona como un ser holístico e íntegro. Además, es necesario mencionar la predisposición que mostraron los líderes comunitarios de trabajar en equipo en beneficio de la población.

Ante las mencionadas barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población *Kichwa* de la zona norte del cantón Ambato, constituye un reflejo de las inequidades en salud que nuestras comunidades indígenas padecen y es necesario que las

autoridades de nuestro sistema de salud reflexionen sobre las políticas de salud incorporadas y sus resultados, y reconozcan el trabajo que vienen realizando los hombres y mujeres de sabiduría sin recibir salario alguno, así nos dejan grandes enseñanzas de la organización que nuestras comunidades indígenas poseen y su activación en los casos de enfermedad que la población padezcan.

Así, para una adecuada implementación de la política intercultural, no solo es necesario un consenso en el significado de salud intercultural, sino que, además, es crucial generar un diálogo continuo entre iguales propenso a la búsqueda de la conciliación que la ruptura y conflicto del concepto de interculturalidad genera, y ello aborda, trabajar mucho más en el campo de la investigación en donde se incluya a representantes de la medicina tradicional ancestral.

Además, las políticas públicas en salud intercultural, deben alinearse a ciertas piedras angulares para comprender y respetar la cultura del paciente, la cultura del médico y la cultura de la institución, para ello, los profesionales de salud deberían recibir con periodicidad capacitaciones de atención al usuario con enfoque intercultural, evitar la rotación del profesional que trabaja en estas comunidades indígenas y emplear el lenguaje nativo de estas comunidades como es la lengua *Kichwa*.

La presente investigación, refleja que dentro de las estrategias de mejora se encuentra realizar un protocolo de atención de salud, diseñado específicamente para nuestra población indígena, con respeto a su cosmovisión en el proceso salud – enfermedad.

Recomendaciones

Es imprescindible que se desarrollen políticas públicas en salud intercultural, de aplicación obligatoria en todo el sistema de salud conformado tanto por la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria; la cobertura de los servicios de salud no es suficiente para garantizar la salud de la población indígena, sino comprende romper una serie de barreras socioculturales descritos anteriormente, y un componente angular, es trabajar con el Ministerio de Educación, para que nuestra juventud adquiera conocimientos desde la academia sobre la interculturalidad de nuestro país, y la salud de nuestros pueblos indígenas, actualmente se visualiza que la academia es inculcada en las facultades de medicina con lineamiento occidental, con una ideología biologista y fundamentalista.

Por lo anterior, es necesario una adecuada estructura en los servicios de salud y formación de los profesionales de la salud en interculturalidad desde sus estudios técnicos, tecnológicos, profesionales y de posgrado.

Además, es importante las políticas públicas estén basados en el reconocimiento de derechos, la participación activa y efectiva en salud y la concertación entre los actores involucrados, así como el reconocimiento de los representantes de la medicina ancestral tradicional como son los hombres y mujeres de sabiduría con su diferente espiritualidad dentro del sistema de salud, así como el reconocimiento salarial por el trabajo que desarrollan en nuestra comunidades en beneficio de la salud de la población.

Se espera que los resultados de la presente investigación contribuyan a la reducción de las barreras socioculturales de atención de salud de los pueblos indígenas, aunque este es un objetivo ambicioso, su alcance requiere de un trabajo en equipo entre todos los proveedores de salud, de abrir nuestras mentes, de educarnos y conocer de la cosmovisión de nuestros pueblos indígenas con respeto y armonía.

Hasta ahora resultan insuficientes las medidas establecidas, esto se evidencia en los datos estadísticos y epidemiológicos; sin embargo, es importante rediseñar las políticas existentes y planes de acción integral para minimizar la desigualdad en salud, especialmente en este colectivo.

Es necesario reflexionar desde la Epidemiología crítica, en busca de proteger en la práctica en salud, la persistencia y desarrollo de contenidos críticos, como instaurar la equidad de género, clase y etnia en la construcción de políticas sociales o de salud, con la finalidad de reducir la inequidad de los grandes grupos de poder.

Lista de referencias

- Achig Balarezo, David. 2024. *Saberes Andinos*. Cuenca- Ecuador.
- Agosto, Patricia. 2018. “Modernidad/colonialidad, extractivismo y memoria biocultural: en busca de los caminos perdidos”, julio, 11..
- Aguilar Peña, Mirlelly, María Fernanda Tobar Blandón, y Herney Andrés García-Perdomo. 2020. “Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena”. *Revista de Salud Pública* 22 (4): 1–5. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>.
- Altamirano, Javier. 2018. “Plan de trabajo Alcaldía 2019-2023”. 1. Ambato. <https://gobiernoabierto.ambato.gob.ec/team/javier-altamirano/>.
- Armijos Bravo, Grace, y Segundo Camino Mogro. 2017. “Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador”. *Estudios Gerenciales*, septiembre, 291–301. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2017.08.002>.
- Avalos Galo, Recalde María, Gavilanes Veronica, Chunchu Eliana, Macas Lady, y Bonilla Liseth. 2023. “Análisis de situación de salud del Centro de Salud Quisapincha”. Ambato: Ministerio de Salud Pública.
- Bernuy Arenas, Susan Carol. 2021. “Colonialidad, extractivismo y resistencia en la Amazonía peruana”. *Espiral, revista de geografías y ciencias sociales* 3 (6): 5–27. <https://doi.org/10.15381/esprial.v3i6.21705>.
- Breilh, Jaime. 1996. *El género entrefuegos: inequidad y esperanza*. Serie Mujer, Nr. 4. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3552/1/Breilh%2c%20J-CON-187-Genero%20entrefuegos.pdf>.
- . 2021. *Critical Epidemiology and the People’s Health*. Editado por Nancy Krieger. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001>.
- Dwayne, Mamo. 2025. *El Mundo Indígena 2025*. Dinamarca. <https://iwgia.org/es/ecuador/5086-mi-2023-ecuador.html>.
- EC Ministerio de Salud Pública. 2010. *Salud, Interculturalidad y derechos- claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Gerardo Fernandez-Juárez. Quito-Ecuador. http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D454.pdf.
- . 2012. *Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural -MAIS-FCI*. Quito-Ecuador. https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
- . 2017. “Cosmovisión y salud de las Nacionalidades y Pueblos indígenas del Ecuador”. <https://abyayala.org.ec/producto/la-cosmovision-de-los-pueblos-y-nacionalidades-indigenas-pdf/>.
- . 2019. “Lineamientos Operativos del Acuerdo Ministerial 0082”. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/DNSI-Acuerdo-M-0082_2017-Reglamento-Atenci%20%20B2n-Pacientes-Barreras-de-Acceso.pdf.
- . 2020. *Código de ética de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos del Ecuador*. Equipo técnico de la Dirección Nacional de Salud Intercultural. Quito-Ecuador.
- Eslava-Castañeda, Juan C. 2017. “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad”. *Revista de Salud Pública* 19 (3): 396–403.
- Gavilanes, Tania Magdalena Cruz, Yolanda de la Nube Cruz Gavilánez, Mayra Teresa Cruz Gavilánez, Anthony Guillermo Muñoz Cruz, y Dana Nicole Quintana Cruz.

2022. “La medicina ancestral en la Sierra y su aplicación al cuidado de la Salud”. *Dominio de las Ciencias* 8 (3): 746–60. <https://doi.org/10.23857/dc.v8i3.2955>.
- Gobierno autónomo descentralizado Constantino Fernández. 2025. “Nuestra Historia – GAD Constantino Fernández”. <https://gadconstantinofernandez.gob.ec/nuestra-historia/>. 30 de enero de 2025. <https://gadconstantinofernandez.gob.ec/nuestra-historia/>.
- Gobierno Provincial de Tungurahua. 2022. “Pueblos indígenas de Tungurahua”. Tungurahua Turismo. 2022. <https://tungurahuatourismo.com/es-es/tungurahua/culturas-nacionalidades/pueblos-indigenas-tungurahua-agaqdx9uk>.
- Guaraca Pino, Angélica Carolina, Gloria Cecilia Durazno Montesdeoca, Pablo Isaías Lazo Pillaga, y Patricia Alexandra Espinoza Loja. 2022. *Medicina tradicional generalidades y conceptos*. Mawil Publicaciones de Ecuador. <https://mawil.us/wp-content/uploads/2022/07/medicina-tradicional-generalidades-y-conceptos.pdf>.
- Instituto nacional de estadística y censos. 2011. “Resultados censo nacional económico”.
- Kanterewicz, Magalí. 2015. “Salud intercultural: Discurso y prácticas de los procesos de salud/enfermedad/atención entre los shuar de Morona Santiago”.
- Mamo, Dwayne. 2024. *El Mundo Indígena 2024*. 38 va. Bolivia. https://www.iwgia.org/doclink/iwgia-book-el-mundo-indigena-2024-esp/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJpd2dpYS1ib29rLWVsLW11bmRvLWluZGlnZW5hLTIwMjQtZXNwIiwiaWF0IjoxNzEzMjkyNzc3LCJleHAiOjE3MTMzNzcxNzI9.g_u6TBaJgAE2y5vRs5PPx8kfr0kHrIB1hC7YDR0NcAs.
- Martín, Johanna Gonçalves. 2022. “Indigenous Health Agents in Amazonia: Creative Intermediations and a Poiesis of Care”. *Tipití: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America* 18 (1): 1–24. <https://doi.org/10.70845/2572-3626.1364>.
- Menéndez, Eduardo L. 2018. “Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional”. *Salud Colectiva* 14 (3): 461. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>.
- . 2020. “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”. *Salud Colectiva* 16 (mayo):e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. 2006. “La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas”. 47.o Consejo Directivo. Washington, D.C., EUA. <https://www.paho.org/sites/default/files/CD47-13-s.pdf>.
- Paredes Cynthia, y Marcial Jennifer. 2023. “Análisis de situación de salud del Centro de Salud de Ambatillo”. Ambato: Ministerio de Salud Pública.
- Patiño-Londoño, Sandra Yaneth, Javier Mignone, Diana María Castro-Arroyave, Natalia Gómez Valencia, y Carlos Alberto Rojas Arbeláez. 2016. “Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia”. *Salud Colectiva* 12 (3): 415. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.883>.
- Pinos-Montenegro, Judith Elizabeth. 2020. “La segmentación territorial de la educación general básica y el pueblo indígena kichwa kispincha de Ambato, Tungurahua en Ecuador”. *Revista Colombiana de Educación* 1 (80). <https://doi.org/10.17227/rce.num80-10799>.

- Ramírez Hita, Susana. 2009. “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano”, julio, 29.
- Valles Marco. 2022. “Análisis de situación de salud del Centro de Salud de Angahuana”. Ambato: Ministerio de Salud Pública.
- Veiga De Cabo, Jorge, Elena De La Fuente Díez, y Marta Zimmermann Verdejo. 2008. “Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño”. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 54 (210). <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2008000100011>.
- Walsh, Catherine. 2009. “Interculturalidad crítica y educación intercultural”, 18.

Anexos

Anexo 1: Encuesta epidemiológica dirigido a familias indígenas

Universidad Andina Simón Bolívar
Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva
2024

Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la epidemiología crítica

Encuesta Epidemiológica dirigido a familias indígenas

Considerando las personas que viven permanentemente en su hogar

Datos de identificación de la encuesta

Número de encuesta ____

1. Fecha (día/mes/año) _____
2. Encuestador/a: MG () FCH ()
3. Comunidad: Ambatillo 1 () Quisapincha 2 () Angahuana 3 ()
4. Parentesco dentro de la familia: Jefe de familia 1 () Cónyuge 2 ()
Hijo/hija mayor de edad 3 () otro (especifique)_____ 4 ()
5. Género: Masculino 1 () Femenino 2 () otro 3 ()

Datos sociodemográficos de la familia

6. Composición familiar:
 - 6.1 Número total de miembros de la familia _____
 - 6.2 Número Niños/as menores de 5 años _____

Grupos de atención prioritaria

7. En su hogar ¿algún miembro de su hogar pertenece a estos grupos?:

Mujeres embarazadas SI 1 () NO 2 ()

Personas con discapacidad SI 1 () NO 2 ()

Número de adultos mayores SI 1 () NO 2 ()

Modos de vida

8. La persona que mantiene el hogar en ¿cuál de las siguientes actividades trabaja?:

Agricultura 1 ()

Ganadería 2 ()

Calzado 3 ()

Aparadores 4 ()

Empleado público 5 ()

Empleado privado 6 ()

Otros (especifique) _____ 7 ()

9. Género del/la principal responsable económica del hogar:

Masculino 1 () Femenino 2 () Otros (especifique) _____ 3 ()

Consumo

10. ¿De qué tipo es su vivienda?: marque 1 sola respuesta

Casa 1 () Cuarto 2 () Mediagua 3 () Covacha 4 () Choza 5 ()

Otros (especifique) _____ 6 ()

11. ¿Cuál es la forma de transporte que la familia utiliza frecuentemente?

Bus público 1 () Vehículo propio 2 () Camioneta 3 () Caminata 4 ()

Otro (especifique) _____ 5 ()

12. Considerando el día común de su familia, ¿a cuántas comidas accede su familia?:

Más de 3 veces al día 1 () 3 veces al día 2 () 2 veces al día 3 () 1 vez al día 4 ()

Acceso a servicios de salud

13. ¿Si en el último año, usted o alguien de su familia presentó algún tipo de enfermedad a donde acudió?

Marque una sola opción:

Centro de salud público 1 () Centro de Salud del Seguro campesino 2 ()

Médicos privados 3 () Yachas (médicos ancestrales) 4 ()

14. El jefe de la familia ¿Qué nivel de educación máximo ha alcanzado?

Ninguna 1 () Primaria 2 () Básica 3 () Bachillerato 3 () Superior 4 ()

Organización comunitaria

15. El jefe de familia ¿Qué rol cumple en la organización comunitaria?:

Cabildo 1 () Presidente barrial 2 () Comunero/a 3 ()

Miembro de Comisión o Secretaria 4 ()

16. Su organización comunitaria pertenece a una Federación Indígena:

Movimiento Indígena de Tungurahua-CONAIE 1 ()

Movimiento Indígena de Atocha- FENOCIN 2 ()

Federación de Organizaciones Indígenas evangélicos de Tungurahua AIET-FEINE 3 ()

Otra (especifique) _____ 4 ()

17. Usted o su familia participa en otras formas de organización, indique todas las que corresponda:

Opciones	SI 1 ()	NO 2 ()
Comité local de salud		
Club del adulto mayor		
Grupo de mujeres		

Deportivo		
Grupo religioso		
Grupo cultural – artísticos		

Componente Cultural

18. Autoidentificación étnica

De qué pueblo/nacionalidad indígena se considera:

Kisapincha 1 () Chibuleo 2 () Tomabela 3 () Otros (especifique)_____ 4 ()

19. Con relación al uso de las lenguas indígenas, usted habla:

Sólo Kichwa 1 () Sólo castellano 2 () Kichwa y castellano 3 ()

20. Su familia pertenece a algún grupo/iglesia:

Evangélica 1 () Católica 2 () Ninguna 3 ()

Vestimenta

21. ¿Con qué frecuencia utiliza la vestimenta propia de su pueblo o nacionalidad indígena?

Siempre 1 () Solo en ocasiones especiales (gestiones públicas) 2 ()

Solo en festividades 3 ()

Componente cultural- relación con la salud

22. Los principales elementos de su cultura que favorecen o protegen a la salud:

Opciones	SI 1 ()	NO 2 ()
Armonía con la madre naturaleza		
Conexión con el aire		
Conexión con el agua		
Conexión fuego		
Conexión tierra		

23. Considera que la celebración de los Raymis (Koya, Kapak, Pawkar, Inti) protegen a su salud:

Totalmente 1 () Parcialmente 2 () Nada 3 ()

Enfermedad

En las siguientes preguntas nos gustaría que nos cuente algunos detalles de cómo vive usted y su familia cuando padecen de alguna enfermedad

24. En su familia en el último año ¿Qué problemas de salud ha tenido?, señale todas las que corresponda:

Tipo de Enfermedad	SI 1 ()	NO 2 ()
13.1 Enfermedades Crónicas		

13.2	Enfermedades Respiratorias		
13.3	Enfermedades digestivas		

25. ¿Cuántos miembros de su familia se han enfermado en el último año?

De 1 a 3 miembros 1 () De 3 a 5 miembros 2 () Más de 5 miembros 3 ()

26. De los miembros de su familia que se han enfermado, ¿A qué grupo etario pertenecen?, marquen todas las respuestas

Tipo de Enfermedad	SI 1 ()	NO 2 ()
Menores de 5 años		
Adolescentes		
Adultos jóvenes		
Adultos mayores		
Personas con discapacidad		

Barreras

27. ¿En el caso de acudir al Centro de Salud en busca de atención en el último año, ha pasado por alguna de las siguientes situaciones algún miembro de su familia?

Ha existido algún tipo de rechazo 1 ()

Demora en la atención 2 ()

Trato inadecuado 3 ()

Otra (especifique) _____ 4 ()

28. ¿Usted se ha sentido discriminada por esta situación?

SI 1 () NO 2 ()

29. De los siguientes enunciados, bajo su apreciación, ¿por qué puede ocurrir algún tipo de rechazo en la atención de salud en los Centros de Salud?

Marque todas las respuestas:

Vestimenta de su etnia SI 1 () NO 2 ()

Por expresarse en su lengua kichwa SI 1 () NO 2 ()

Por su cultura indígena SI 1 () NO 2 ()

Por el color de la piel SI 1 () NO 2 ()

Apariencia indígena SI 1 () NO 2 ()

30. Bajo su apreciación ¿en qué servicio del Centro de Salud percibe que existe un trato inadecuado al usuario?

Servicio	SI 1 ()	NO 1 ()

Admisión/recepción		
Medicina		
Enfermería		
Obstetricia		
Laboratorio		
Farmacia		

31. Si usted o la persona afectada de su familia no acudió al Centro de Salud ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón? Marque una sola respuesta

Distancia 1 ()

No comprenden lo que hablo 2 ()

Demora en atención /no hubo atención 3 ()

No había turnos 4 ()

Solo dan una pastilla 5 ()

Criticar que utilice la medicina ancestral 6 ()

Confío más en la medicina ancestral 7 ()

32. Cuando alguien de su familia se enferma, ¿En promedio al mes cuanto requiere de gastos para atender la salud en cualquier tipo de medicina que acceda?:

Menos de 50 dólares 1 ()

De 50 a 100 dólares 2 ()

Más de 100 dólares 3 ()

33. En una escala del 1 al 5, bajo su apreciación ¿Qué recomendaciones daría Usted para mejorar la atención a los pueblos indígenas en los Centros de Salud? (Siendo la ponderación de 5 el de mayor importancia)

Servicio	SI 1 ()	NO 2 ()
Incluir en el protocolo de atención el buen trato para atención a pueblos indígenas		
Personal de salud de atención que hablen el idioma Kichwa		
Programas de sensibilización de respeto a las culturas indígenas		
Promover en los profesionales de salud el diálogo y la comprensión con la medicina ancestral		

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 2: Entrevistas

Entrevista a hombres y mujeres de sabiduría

Universidad Andina Simón Bolívar
Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva
2024

Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la epidemiología crítica

Entrevista a hombres y mujeres de sabiduría

Objetivos

- Analizar los conocimientos y prácticas ancestrales para enfrentar los problemas de salud en la población kichwa de la zona norte del Cantón Ambato.
- Tipificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud en la población kichwa de la zona norte del Cantón Ambato.

Instructivo

Vamos a iniciar un diálogo sobre esta temática, queremos que nos cuente sobre su práctica y experiencia en relación a la medicina ancestral

PREGUNTAS GUÍA

- 1.- Dentro de la medicina ancestral ¿Cómo se considera Usted?
- 2.- ¿De qué región de nuestro país usted realiza prácticas de medicina ancestral?
- 3.- ¿Cómo aprendió a curar?
- 4.- ¿Usted es reconocido por la comunidad para ejercer la medicina ancestral?
- 5.- ¿Hace cuánto tiempo práctica sus conocimientos en esta comunidad?
- 6.- ¿Existe un documento de este conocimiento?

Para profundizar más en sus prácticas ancestrales para afrontar cualquier enfermedad:

- 7.- Desde su sabiduría me puede decir ¿Qué es o porque se produce la enfermedad?
- 8.- ¿Dispone de huertos medicinales propios para la recolección de ingredientes y plantas medicinales para el ejercicio o de dónde lo hace?
- 9.- ¿Posee algún sitio sagrado natural en su comunidad en donde realice rituales?
- 10.- ¿Cuál es el nombre del sitio sagrado donde usted realiza rituales?
- 11.- Desde su experiencia en la comunidad, nos gustaría que nos cuente sobre los desequilibrios de salud que Usted ve en esta comunidad
- 12.- ¿Cuáles son las enfermedades propias de su sabiduría más frecuentes con los que se presenta la gente?
- 13.- ¿Cómo se reconoce estas enfermedades o males?
- 14.- ¿Para identificar ese desequilibrio de la energía vital ¿cuál es su método que aplica para identificar?
- 15.- ¿Algunos procedimientos son para todo otros para casos específicos?

- 16.- En su servicio de medicina ancestral ¿Qué ingredientes medicinales utilizó para curar?
- 17.- Ayúdeme con ejemplos para enfrentar la enfermedad que Usted mencionó
- 18.- ¿Cuál es el ritual que Usted utilizó para las personas que padecían dicho mal?
- 19.- ¿Usted ha tenido la oportunidad de trabajar o relacionarse con la medicina del Centro de Salud de su Comunidad?
- 20.- ¿Qué impide que exista que haya un acceso adecuado a la salud de los pueblos indígenas? ¿Qué barreras hay? ¿Por qué se da un inadecuado acceso a la salud?

Entrevista a líderes comunitarios

**Universidad Andina Simón Bolívar
Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva
2024**

Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la epidemiología crítica

Entrevista a líderes comunitarios

Objetivo

- Tipificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud en la población kichwa de la zona norte del Cantón Ambato.
- Generar el perfil epidemiológico de la población kichwa de la zona norte del Cantón Ambato

Instructivo

Vamos a iniciar un dialogo sobre esta temática, queremos que nos cuente sobre su apreciación de la comunidad con relación a la atención de salud

PREGUNTAS GUÍA

1. De lo que Usted conoce en la comunidad ¿Cuáles son los problemas de salud que ha identificado en su gente?
2. Bajo su apreciación ¿Cuál es la relación entre el centro de salud con los hombres y mujeres de sabiduría?
3. En su comunidad ¿Cuándo la gente se enferma a donde acuden?
4. ¿Su comunidad pertenece a una organización indígena?
5. ¿La organización tiene una secretaría de salud?
6. En el directorio o la secretaría de salud. ¿Cuáles son las funciones dentro del plan de salud?
7. ¿Qué relación tiene la organización con el centro de salud?
8. Bajo su apreciación ¿El centro de salud respeta las costumbres, las creencias o las prácticas de la comunidad?

Anexo 3: Consentimientos informados

Consentimiento informado a familias indígenas

Consentimiento informado (Familias indígenas)

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación: **Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la epidemiología crítica.**

El estudio se realizará en las Parroquias Rurales de la Zona Norte del Cantón Ambato con población indígena: Quisapincha, Ambatillo y en la Comunidad Angahuana. La investigadora principal del estudio es María Gabriela Cocha Telenchana, Licenciada en Enfermería. El estudio es patrocinado por Universidad Andina Simón Bolívar- Sede Ecuador de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva.

Nuestras comunidades indígenas cuando requiere de atención de salud en las Unidades del Sistema Nacional de Salud se ha observado frecuentemente que existe rechazo debido a su vestimenta, lengua y costumbres diferentes al entorno social mayoritario en el país lo que ha restado posibilidades de una vida digna y limitado acceso a la salud, por otra parte existe un desconocimiento por parte de los profesionales de la salud que practica la medicina occidental sobre la sabiduría de la medicina ancestral sin atención de una mirada integral.

Con este antecedente, la presente encuesta está dirigida a las familias indígenas que busca profundizar la situación epidemiológica desde la comunidad y tipificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud en la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. La información que nos brinde ayudará a generar estrategias participativas con la comunidad.

Su participación consistirá en responder a la encuesta. La investigación se realiza bajo estrictos procedimientos científicos y normas de confidencialidad de datos. No implica ningún riesgo ni procedimiento que afecte su salud y bienestar. Para participar en esta investigación es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Su participación es absolutamente voluntaria, confidencial y anónima. Tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento, su participación no supondrá costo ni riesgo. La información que nos proporcione por escrito será utilizada exclusivamente para fines investigativos con todos los cuidados resguardado por la investigadora, los resultados serán resumidos y la información particular no será difundida.

Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, los mismos que serán devueltos a la comunidad, en una reunión organizada únicamente con este propósito, donde se informará sobre los principales hallazgos de este estudio.

Si desea más información sobre el estudio puede acudir a: María Gabriela Cocha; teléfono 0984165500; correo: mgabriela_cocha@yahoo.com

Declaración de Consentimiento Informado

Acepto que he sido informado o informada sobre los objetivos del estudio **“Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una**

aproximación desde la epidemiología crítica.”, entiendo que mi participación consistirá en proporcionar información en el cuestionario de esta Encuesta.

Yo he leído la información anterior previamente, de la cual tengo una copia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta que yo he hecho ha sido respondida para mi satisfacción. He tenido el tiempo suficiente para leer y comprender los beneficios de mi participación y cuyos datos serán manejados con confidencialidad.

Yo consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento: Lic. Gabriela Cocha

Firma del investigador

Fecha

Consentimiento informado a hombres y mujeres sabiduría

Consentimiento informado (Hombres y mujeres Sabiduría)

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación: **Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la epidemiología crítica.**

El estudio se realizará en las Parroquias Rurales de la Zona Norte del Cantón Ambato con población indígena: Quisapincha, Ambatillo y en la Comunidad Angahuana. La investigadora principal del estudio es María Gabriela Cocha Telenchana, Licenciada en Enfermería. El estudio es patrocinado por Universidad Andina Simón Bolívar- Sede Ecuador de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva.

Nuestras comunidades indígenas cuando requiere de atención de salud en las Unidades del Sistema Nacional de Salud se ha observado frecuentemente que existe rechazo debido a su vestimenta, lengua y costumbres diferentes al entorno social mayoritario en el país lo que ha restado posibilidades de una vida digna y limitado acceso a la salud, por otra parte existe un desconocimiento por parte de los profesionales de la salud que practica la medicina occidental sobre la sabiduría de la medicina ancestral sin atención de una mirada integral.

Con este antecedente, la presente entrevista está dirigida a los hombres y mujeres de sabiduría que busca rescatar los conocimientos y prácticas ancestrales para enfrentar los problemas de salud en la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato y tipificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud en la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. La información que nos brinde ayudará a generar estrategias participativas con la comunidad.

Su participación consistirá en responder a la entrevista y que nos permita grabar la entrevista. La investigación se realiza bajo estrictos procedimientos científicos y normas de confidencialidad de datos. No implica ningún riesgo ni procedimiento que afecte su salud y bienestar. Para participar en esta investigación es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Su participación es absolutamente voluntaria, confidencial y anónima. Tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento, su participación no supondrá costo ni riesgo. La información que nos proporcione por escrito o grabación será utilizada exclusivamente para fines investigativos con todos los cuidados resguardado por la investigadora, los resultados serán resumidos y la información particular no será difundida.

Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, los mismos que serán devueltos a la comunidad, en una reunión organizada únicamente con este propósito, donde se informará sobre los principales hallazgos de este estudio.

Si desea más información sobre el estudio puede acudir a: María Gabriela Cocha; teléfono 0984165500; correo: mgabriela_cocha@yahoo.com

Declaración de Consentimiento Informado

Acepto que he sido informado o informada sobre los objetivos del estudio “**Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la epidemiología crítica.**”, entiendo que mi participación consistirá en proporcionar información en el cuestionario de esta Encuesta.

Yo he leído la información anterior previamente, de la cual tengo una copia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta que yo he hecho ha sido respondida para mi satisfacción. He tenido el tiempo suficiente para leer y comprender los beneficios de mi participación y cuyos datos serán manejados con confidencialidad.

Yo consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento: Lic. Gabriela Cocha

Firma del investigador

Fecha

Consentimiento informado a líderes comunitarios

Consentimiento informado (Líderes comunitarios)

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación: **Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la epidemiología crítica.**

El estudio se realizará en las Parroquias Rurales de la Zona Norte del Cantón Ambato con población indígena: Quisapincha, Ambatillo y la Comunidad Angahuana. La investigadora principal del estudio es María Gabriela Cocha Telenchana, Licenciada en Enfermería. El estudio es patrocinado por Universidad Andina Simón Bolívar- Sede Ecuador de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva.

Nuestras comunidades indígenas cuando requiere de atención de salud en las Unidades del Sistema Nacional de Salud se ha observado frecuentemente que existe rechazo debido a su vestimenta, lengua y costumbres diferentes al entorno social mayoritario en el país lo que ha restado posibilidades de una vida digna y limitado acceso a la salud, por otra parte existe un desconocimiento por parte de los profesionales de la salud que practica la medicina occidental sobre la sabiduría de la medicina ancestral que practican los hombres y mujeres de sabiduría sin atención de una mirada integral holística.

Con este antecedente, la presente entrevista está dirigida a los líderes comunitarios que busca profundizar la situación epidemiológica desde la comunidad y tipificar las barreras socioculturales de acceso a la atención de salud en la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. La información que nos brinde ayudará a generar estrategias participativas con la comunidad.

Su participación consistirá en responder a la entrevista y que nos permita grabar la entrevista. La investigación se realiza bajo estrictos procedimientos científicos y normas de confidencialidad de datos. No implica ningún riesgo ni procedimiento que afecte su salud y bienestar. Para participar en esta investigación es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Su participación es absolutamente voluntaria, confidencial y anónima. Tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento, su participación no supondrá costo ni riesgo. La información que nos proporcione por escrito o grabación será utilizada exclusivamente para fines investigativos con todos los cuidados resguardado por la investigadora, los resultados serán resumidos y la información particular no será difundida.

Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, los mismos que serán devueltos a la comunidad, en una reunión organizada únicamente con este propósito, donde se informará sobre los principales hallazgos de este estudio.

Si desea más información sobre el estudio puede acudir a: María Gabriela Cocha; teléfono 0984165500; correo: mgabriela_cocha@yahoo.com

Declaración de Consentimiento Informado

Acepto que he sido informado o informada sobre los objetivos del estudio “**Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la epidemiología crítica.**”, entiendo que mi participación consistirá en proporcionar información en el cuestionario de esta Encuesta.

Yo he leído la información anterior previamente, de la cual tengo una copia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta que yo he hecho ha sido respondida para mi satisfacción. He tenido el tiempo suficiente para leer y comprender los beneficios de mi participación y cuyos datos serán manejados con confidencialidad.

Yo consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento: Lic. Gabriela Cocha

Firma del investigador

Fecha

Anexo 4: Operacionalización de variables

Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la epidemiología crítica

CATEGORÍA		VARIABLE	VALORES
Identificación del/la usuario encuestado		Parentesco dentro de la familia	1. Jefe de familia; 2. Cónyuge; 3. Hijo/hija mayor de edad; 4. Otro (especifique)
		Género	1. Masculino; 2. Femenino; 3. Otro
DOMINIO	CATEGORÍA	VARIABLE	VALORES
Realidad particular	Territorio	Comunidad	1.Ambatillo, 2. Quisapincha; 3. Angahuana
	Inserción social	Género del principal responsable del hogar (INSOC)	1.Masculino; 2. Femenino; 3. Otros (especifique)
		Nivel de escolaridad de/el principal responsable económico (INSOC)	1.Ninguna; 2. Primaria; 3. Básica; 4. Bachillerato; 5. Superior
		Actividad laboral del jefe de familia (INSOC)	1.Agricultura; 2. Ganadería; 3. Calzado; 4. Aparadores; 5. Empleado público; 6. Empleado privado; 7. Otros (especifique)
	Modos de vida/ Consumo-transporte	Tipo de transporte que la familia utiliza	1.Bus público; 2. Vehículo propio 3.Camioneta; 4. Caminata; 5. Otro (especifique)
	Modos de vida /Consumo-vivienda	Tipo de vivienda	1.Casa; 2. Cuarto; 3. Mediagua; 4. Covacha; 5. Choza; 6. Otros (especifique)
	Modos de vida /Consumo-alimentación	Número de comidas que accede la familia	1.Más de 3 veces al día; 2. 3 veces al día; 3. 2 veces al día; 4. 1 vez al día
	Modos de vida /consumo-salud	Acceso a los servicios de salud	1.Centro de Salud público; 2. Centro de Salud del Seguro Campesino; 3. Médicos privados; 4. Yachas (médicos ancestrales)
		Gasto promedio para atender la salud	1. Menos de 50 dólares; 2. De 50 a 100 dólares; 3. Más de 100 dólares
	Modos de vida/Salud ancestral	Principales elementos de la cultura que favorecen o protegen a la salud	Armonía con la naturaleza 1=Sí, 2=No Conexión con el aire 1=Sí, 2=No Conexión con el agua 1=Sí, 2=No Conexión fuego 1=Sí, 2=No Conexión tierra 1=Sí, 2=No
		Celebración de los Raymis como protección a la Salud	1.Totalmente; 2. Parcialmente; 3. Nada
	Modos de vida/Organización indígena	Rol que cumple el jefe de familia en la organización comunitaria	1. Cabildo; 2. Presidente barrial; 3. Comuner/a; 4. Miembro de Comisión o Secretaria
		Organización comunitaria pertenece a Federación Indígena	1. Movimiento Indígena de Tungurahua-CONAIE; 2. Movimiento Indígena de Atocha-FENOCIN; 3. Federación de Organizaciones Indígenas evangélicos de Tungurahua AIET-FEINE; 4. Otra (especifique)
	Modos de vida/Organización otros	La Familia participa en otras formas de organización	Comité local de salud 1=Sí, 2=No Club del adulto mayor 1=Sí, 2=No Grupo de mujeres 1=Sí, 2=No Deportivo 1=Sí, 2=No Grupo religioso 1=Sí, 2=No Grupo cultural – artísticos 1=Sí, 2=No
	Modos de vida/Cultura	Autoidentificación étnica	1. Kisapincha; 2. Chibuleo; 3. Tomabela; 4. Otros (especifique)

		Uso de las lenguas indígenas	1. Sólo Kichwa; 2. Sólo castellano; 3. Kichwa y castellano
		Pertenencia a Grupo/Iglesia	1. Evangélica; 2. Católica; 3. Ninguna
	Modos de vida/Vestimenta	Uso de vestimenta propia de su pueblo o nacionalidad indígena	1. Siempre; 2. Solo en ocasiones especiales (gestiones públicas); 3. Solo en festividades
REALIDAD INDIVIDUAL	Caracterización familiar	Total de miembros de la familia	
		Total niños/as menores de 5 años	
		Grupos de atención prioritaria	Mujeres embarazadas 1=Sí, 2=No Personas con discapacidad 1=Sí, 2=No Adultos mayores 1=Sí, 2=No
	Perfil de salud-enfermedad	Problemas de salud en la familia durante el último año	Enfermedades Crónicas 1=Sí, 2=No Enfermedades Respiratorias 1=Sí, 2=No Enfermedades Digestivas 1=Sí, 2=No
		Miembros de la familia que han enfermado en el último año	1. De 1 a 3 miembros; 2. De 3 a 5 miembros; 3. Más de 5 miembros
		Grupo etario al que pertenecen los miembros de la familia que han enfermado	Menores de 5 años 1=Sí, 2=No Adolescentes 1=Sí, 2=No Adultos jóvenes 1=Sí, 2=No Adultos mayores 1=Sí, 2=No Personas con discapacidad 1=Sí, 2=No
	Barreras socioculturales	Situaciones percibidas en la atención en el Centro de Salud	1. Ha existido algún tipo de rechazo; 2. Demora en la atención; 3. Trato inadecuado; 4. Otra (especifique)
		Percepción de discriminación en el Centro de Salud	1=Sí, 2=No
		Percepción de rechazo en la atención de salud	Vestimenta de su etnia 1=Sí, 2=No Por expresarse en su lengua Kichwa 1=Sí, 2=No Por su cultura indígena 1=Sí, 2=No Por el color de la piel 1=Sí, 2=No Apariencia indígena 1=Sí, 2=No
		Servicio de Salud donde se percibe trato inadecuado al usuario	Admisión/recepción 1=Sí, 2=No Medicina 1=Sí, 2=No Enfermería 1=Sí, 2=No Obstetricia 1=Sí, 2=No Laboratorio 1=Sí, 2=No Farmacia 1=Sí, 2=No
		Motivo de no acudir al Centro de Salud	1. Distancia; 2. No comprenden lo que hablo; 3. Demora en atención /no hubo atención; 4. No había turnos; 5. Solo dan una pastilla; 6. Critican que utilice la medicina ancestral; 7. Confío más en la medicina ancestral
	Estilo de vida/Conciencia	Recomendaciones para mejorar la atención a los pueblos indígenas (ponderación de 1 a 4, siendo el 4 de mayor ponderación de importancia)	1. Incluir en el protocolo de atención el buen trato para atención a pueblos indígenas 2. Personal de salud de atención que hablen el idioma Kichwa 3. Programas de sensibilización de respeto a las culturas indígenas 4. Promover en los profesionales de salud el diálogo y la comprensión con la medicina ancestral

*Matriz elaborada en base a la propuesta del Dr. Breilh, Jaime (2017): **INSOC. Cuestionario para la investigación de la inserción social en la investigación: fundamentos teóricos y explicativos**. Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos, Certificado N. QUI052530, N. 002301-2017. Quito, Ecuador.

Matriz de procesos críticos					
Tema de investigación: Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato. Una aproximación desde la Epidemiología crítica					
Dominio	Componentes	Subcomponentes	Lógica dominante de generación de procesos críticos	Procesos protectores	Procesos Destructivos
General	Relaciones estructurales generales	Modelo económico	Globalización, acumulación acelerada del desarrollo capitalista.	-Comunidades indígenas organizadas en la toma de decisiones en beneficio de la población.	-Migración de la población indígena en busca de mejores ingresos económicos.
		Estado y Políticas	Constitución del Ecuador. Políticas de Salud de atención integral con enfoque intercultural.	-Ministerio de Salud Pública garantiza el acceso a la Salud. -Norma Técnica Protección de Salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial. -Protocolo con pertinencia intercultural para la prevención y atención de la COVID-19 en Pueblos y Nacionalidades indígenas, Afroecuatorianos y Montubios del Ecuador. -Normativa ESAMyN Establecimientos de Salud amigos de la madre y del niño. -Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Intercultural en el Ecuador. -Código de ética de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral-tradicional de nacionalidades y pueblos del Ecuador.	-Limitante articulación con la medicina ancestral -Ausencia de respeto de las culturas ancestrales por parte del Sistema de Salud -Limitante operativización del enfoque intercultural en los niveles de atención de salud. -Desconocimiento de la existencia de las funciones de la Secretaría de Salud de las organizaciones indígenas.

				-Manual de articulación de prácticas y saberes de parteras y parteros ancestrales tradicionales Versión 2023.	
		Culturales	Cultura del conocimiento ancestral Costumbres, tradiciones.	-Ecuador es un País multiétnico y pluricultural. -Ecuador posee 18 pueblos indígenas y 14 nacionalidades.	-Limitada sensibilización de los profesionales de la medicina occidental en respetar la medicina ancestral. -Limitado profesional de salud con dominio del idioma Kichwa.
	Modelo territorial	Construcción de modelo de ciudad neoliberal y nueva ruralidad.	Identificación de población indígena en las comunidades de Angahuana, Ambatillo y Quisapincha.	Comunidades indígenas organizadas pertenecientes a Organizaciones Indígenas. Protector en la parte cultural-política	Segregación socio-espacial de atención en salud inequitativa para la población indígena.
	Matriz de poder en la estructura social Situación actual de las comunidades indígenas	Inequidad de clase, género y etnia en el modelo societario.	Presencia de Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa de la zona norte del Cantón Ambato.	Identificación de hombres y mujeres de sabiduría.	Barreras socioculturales de acceso a la atención de salud de la población Kichwa en cuanto: -idioma -vestimenta -alimentación -costumbres
Particular	Modos de vida de los grupos sociales	Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales	Actividades laborales	Población indígena con actividades laborales informales.	-Población indígena con actividades laborales sin garantías. -Población indígena migrante.
		Calidad y disfrute de bienes de consumo: acceso; patrones de consumo.			

		Construcción de la cultura, identidad y la subjetividad.	Existencia de medicina ancestral	Presencia de hombres y mujeres de sabiduría reconocidos por la comunidad.	
		Organización y soportes colectivos.	Existencia de Organizaciones Indígenas y otras.	<ul style="list-style-type: none"> -Movimiento Indígena de Tungurahua-CONAIE -Movimiento Indígena de Atocha-FENOCIN -Federación de Organizaciones Indígenas evangélicos de Tungurahua AIET-FEINE -Comité local de salud -Club del adulto mayor -Grupo de mujeres -Deportivo -Grupo religioso -Grupo cultural 	
		Relaciones con la naturaleza en el nivel particular.	Elementos de la cultura que favorecen o protegen a la salud.	<ul style="list-style-type: none"> -Armonía con la naturaleza -Conexión con el aire -Conexión con el agua -Conexión fuego -Conexión tierra 	
	Exposiciones	Ambientales	La zona norte del Cantón Ambato tiene predominio de clima frío.		Mayor facilidad de apareamiento de enfermedades respiratorias.
	Triple inequidad en las relaciones de clase, género y etnia	Inequidad de clase, género y etnia en el modelo societario	Relaciones de poder patriarcales		Segregación de clases sociales.
	Características del espacio particular	Barrial	Barrios organizados	Liderazgo de cabildos como representantes de la comunidad.	

		Familiar	Familias empoderadas	Forman parte de diferentes organizaciones como: clubes, comité ciudadano local de salud, entre otros.	
		Grupal	Existencia de mingas comunitarias	Trabajo en equipo por el bienestar comunitario.	
	Vulnerabilidades diferenciales	Barreras de accesibilidad	de-Atención de Salud		-Limitante cobertura de salud de los Establecimientos de Salud. -Difícil acceso geográfico para acceder a los Servicios de Salud. -Limitados ingresos económicos.
Singular	Estilos de vida de los individuos	Itinerario típico personal en la jornada de trabajo	Actividad laboral		Trabajo informal
		Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de servicios; recreación	Acceso a los servicios de salud 3.3, gasto promedio para atender la salud		
		Concepciones y valores personales	Autoidentificación étnica, uso de las lenguas indígenas, pertenencia al Grupo/Iglesia.	Población con autoidentificación indígena	

		Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud	Medicina ancestral	<ul style="list-style-type: none"> -Incluir en el protocolo de atención el buen trato para atención a pueblos indígenas. -Personal de salud de atención que hablen el idioma Kichwa. -Programas de sensibilización de respeto a las culturas indígenas. -Promover en los profesionales de salud el diálogo y la comprensión con la medicina ancestral. 	<ul style="list-style-type: none"> -Percepción de discriminación en el Centro de Salud. - Percepción de rechazo en la atención de salud. - Servicio de Salud donde se percibe trato inadecuado al usuario. -Motivo de no acudir al Centro de Salud.
	Salud individual	Perfil salud individual	Perfil epidemiológico de las comunidades	Identificación de grupos de atención prioritaria.	Presencia de Enfermedades Crónicas, Enfermedades Respiratorias y Enfermedades Digestivas.

