

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



“Estudio de la percepción de los pacientes en estado de movilidad humana sobre las competencias culturales en la atención médica otorgada por los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes del Distrito 10D02 en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019”

**DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORES

MD. Ana Elizabeth Carrera De La Cruz

MD. Patricia Elizabeth Piedmag Yépez

DIRECTOR DE TESIS

DR. Carlos Rodrigo Diaz Bolaños

IBARRA – ECUADOR, Septiembre 2019

DEDICATORIA

Con cariño a las personas en movilidad humana quienes en tierras lejanas caminan y perseveran, a quienes las esperanzas de un destino añorado esta presente en su ser.

A quienes compartieron en este trabajo con una lagrima, sentimiento de nostalgia y experiencias vividas en cada lugar visitado.

Ana C. y Patricia P.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento primero a Dios, por derramar su bendición sobre mí a través de sabiduría y humildad. Desde lo más profundo de mi corazón a mis padres Carmen y Fernando por haber estado en mis momentos de logros y fracasos, por ser quienes guían mis pasos día a día, ser mi apoyo incondicional, mi inspiración de fortaleza y lucha constante. A mi esposo Fabricio por enseñarme cuan fuerte puedo ser en cada reto de la vida, brindarme su apoyo y amor incondicional. A mi hijo Fernando por soportar mis ausencias, por ser el refugio cuando tenía días malos y sacarme una sonrisa para seguir adelante. A mi familia en general Verónica, Cristian, Josué, doña Marcita por todo su apoyo y comprensión.

Mil gracias a cada uno de los docentes por la formación impartida durante estos años de carrera, a mi Director de Tesis, Dr. Rodrigo Diaz por su invaluable ayuda en el desarrollo de esta investigación. Y a mi amiga Patricia por su acompañamiento en esta aventura de investigación.

Ana Carrera De La Cruz

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme disfrutar de esta nueva etapa en la vida, a mis padres y hermanas que desde siempre creyeron en mí y me apoyaron en todos mis sueños, gracias a la Universidad por haberme permitido formarme en ella, a mi Tutor de Tesis Dr. Rodrigo Díaz y al maestro Dr. José Sola quienes con sus conocimientos y enseñanzas nos han introducido en el mundo de la investigación cualitativa, a los docentes que durante este camino han sido nuestros guías, a nuestros compañeros con quienes hemos vivido la aventura del posgrado, a mi compañera de tesis y amiga Anita que durante este proceso soporto mi mal genio, por su comprensión y apoyo.

Un especial gracias a mis amores Jamie y Juan, por su compañía, paciencia, y por ser el motor que impulsa el camino de mi vida.

Patricia Piedmag Yépez

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN.....	9
ABSTRAC.....	10
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Movilidad Humana.....	15
2.1.1. Generalidades.....	15
2.2. Marco normativo de la movilidad humana en el Ecuador.....	18
2.3. Situación de movilidad humana en el Distrito 10 D02 Antonio Ante – Otavalo...	19
2.4. Sistema Nacional de Salud.....	25
2.5. Estructura y Cobertura del Sistema Nacional de Salud.....	27
2.6. Modelo de Atención Primaria en Salud.....	29
2.7. Medicina Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.....	31
2.8. Competencias del Médico de Familia Perfil Profesional.....	33
2.9. Conceptualización sobre percepciones.....	34
2.10. Competencia Cultural en el ámbito de Salud.....	35
2.10.1. Cultura.....	35
2.10.2. Interculturalidad	36
2.10.3. Transculturalidad	39
2.10.4. Competencias Culturales de los Médicos Familiares y Comunitarios en relación a los pacientes en situación de Movilidad Humana.....	40

CAPITULO III

3. MÉTODOS

3.1. Problema de investigación.....	46
3.2. Objetivos.....	47
3.2.1. Objetivo general.....	47
3.2.2. Objetivos específicos	47
3.3. Diseño	48
3.3.1. Selección de informantes.....	48
3.3.2. Recolección de información.....	49

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Descripción del lugar de estudio.....	51
4.2. Características de la población en estudio.....	54
4.3. Plan de análisis	56
4.4. Categorías y subcategorías.....	59
4.5. Análisis de la información.....	60
4.5.1. Categoría: Atención de Salud Intercultural.....	60
4.5.2. Categoría: Comunicación.....	64
4.5.3. Categoría: Actitudes.....	67
4.5.4. Categoría: Guías Anticipatorias en movilidad humana.....	71

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN

5.1. Atención de Salud Intercultural.....	74
5.2. Comunicación.....	76
5.3. Actitudes.....	78
5.4. Guías anticipatorias en movilidad humana.....	80

CAPITULO VI

6. 1. CONCLUSIONES.....	82
6.2. RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS	86
BIBLIOGRÀFIA	89
ANEXOS.....	92

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población del Cantón Otavalo.....	20
Tabla 2: Población inmigrante 2010.....	23
Tabla 3: Inmigración interna 2010	25
Tabla 4: Grupo focal Unidad Anidada Antonio Ante.....	54
Tabla 5: Grupo focal Centro de salud Natabuela.....	55
Tabla 6: Grupo focal Centro de salud San Roque	55
Tabla 7: Grupo focal Unidad Anidada Otavalo.....	55
Tabla 8: Entrevistas a profundidad.....	56
Tabla 9: Categorías y subcategorías competencias culturales.....	59

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirámide poblacional Cantón Antonio Ante.....	21
Gráfico 2: Inmigración externa.....	24
Gráfico 3: Estructura del Sistema Nacional de Salud	27
Gráfico 4: Niveles de atención de la Red Primaria Integral en Salud.....	28
Gráfico 5: Mapa político Cantón Otavalo	53
Gráfico 6: Mapa político Cantón Antonio Ante.....	53
Gráfico 7: Representación del total de participantes por procedencia y escolaridad.....	54
Gráfico 8: Análisis del discurso.....	58
Gráfico 9: Categoría Atención intercultural.....	60
Gráfico 10: Análisis de la Categoría Atención Intercultural	63
Gráfico 11: Categoría comunicación	64
Gráfico 12: Análisis de la Categoría comunicación.....	66
Gráfico 13: Categoría actitudes interculturales	67
Gráfico 14: Análisis de Categoría actitudes	70
Gráfico 15: Categoría Guías anticipatorias en movilidad humana.....	71
Gráfico 16: Análisis de la categoría guías anticipatorias en movilidad humana.....	73

RESUMEN

El propósito de esta investigación es mostrar las percepciones de las personas en movilidad humana en torno a las competencias culturales en la atención que realizan los profesionales en Medicina Familiar y Comunitaria

El estudio es de carácter cualitativo, para ello se realizó un acercamiento a la población en movilidad humana atendida por médicos devengantes de Medicina Familiar y Comunitaria en las unidades operativas del Distrito 10 D 02 Antonio Ante-Otavalo, con un total de 29 colaboradores, 24 fueron mujeres y 5 hombres, con el fin de entablar un espacio de diálogo, en la línea de entrevistas a profundidad y grupos focales en torno a las percepciones sobre la atención médica dentro del ámbito de competencias culturales, basadas en el modelo de Purnell; diálogo que permitió reconocer la situación que enfrentan en su condición de inmigrantes, e identificar las diferentes competencias culturales que posee el médico de Medicina Familiar en su formación.

El estudio permite reconocer, desde la propia narrativa de los actores involucrados, si los profesionales en Medicina Familiar y comunitaria les brinda una atención Médica Integral con competencia cultural que garantice con el cumplimiento de la Atención del Sistema de Salud Integral MAIS dentro de un trato intercultural.

Los hallazgos aportan que el médico en Medicina Familiar y Comunitaria intenta comprender la diversidad cultural con respeto y empatía en el contexto de atención integral con enfoque biopsicosocial, este patrón a su vez refleja que el conocimiento sobre guías anticipatorias y actitudes en el ámbito intercultural aún están en el marco en desarrollo.

Palabras clave: percepción, movilidad humana, sistema de salud, competencias culturales.

ABSTRACT

The purpose of this research is to show the perceptions of people in human mobility around the cultural competencies provided by professionals in Family and Community Medicine

The study is of a qualitative nature, for this an approach was made to the population in human mobility attended by accruing doctors of Family and Community Medicine in the operational units of the District 10 D 02 Antonio Ante-Otavalo, in order to establish a space of dialogue, in the line of in-depth interviews, about perceptions about medical care within the field of cultural competencies; dialogue that allowed recognizing the situation they face in their status as immigrants, and identifying the different cultural competencies that the Family Medicine doctor possesses in their training.

The findings provide that the doctor in Family and Community Medicine tries to understand cultural diversity with respect and empathy in the context of comprehensive care with a biopsychosocial approach, this pattern in turn reflects that knowledge about anticipatory guidelines and attitudes in the intercultural field are still in the developing framework.

Keywords: perception, human mobility, health system, cultural competencies.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Según datos de la OIM (Organización Internacional para las Migraciones), en la actualidad se calcula que la cifra de migrantes internacionales en el mundo asciende a 214 millones, es decir un 3,1% de la población mundial, de los cuales un 10 al 15% corresponde a migrantes ilegales y teniendo en cuenta el shock cultural y especialmente los trastornos emocionales que los problemas migratorios conllevan, añadido a que el médico debe ser un hombre culto capaz de comprender la trama de su civilización, de auscultar no solo a los enfermos sino a las comunidades donde trabaja y a la nación donde pertenece; este trabajo busca conocer si los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes en el periodo de enero 2017 a marzo 2019, tienen la competencia cultural necesaria para enfrentar a las diferentes problemáticas que aqueja a las personas que están en movilidad humana en la región de Imbabura pertenecientes al Distrito 10 D 02.

La movilidad es un concepto reciente, cuya utilidad es integrar en una sola idea todas las formas de movimiento de personas, como el refugio, la migración internacional, la movilidad forzada, emigrantes, inmigrantes. (OIM,2012, p17)

El proceso de educación médica está basada tradicionalmente en un espacio de reproducción de jerarquías, rutinas institucionales, modos de pensar y comunicar, de una perspectiva particular hacia el cuerpo humano, sus funciones y dolencias, todo bajo un contexto biomédico, en la actualidad es de gran importancia definir los valores que el estudiante aprende y desarrolla a partir de su formación ya que las competencias culturales van a depender de cada profesional; en el presente trabajo de investigación queremos analizar las competencias culturales que dentro de la formación académica de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria adquiere el profesional de salud ya graduado para utilizar como herramienta base para una atención integral en los pacientes en movilidad humana. (Knipper M,2010).

En ese sentido, el espacio de formación en Medicina Familiar y Comunitaria, debe promover la adquisición de procesos de decodificación y de fusión de información técnica, símbolos, valores, patrones de conducta, ideologías y productos culturales que se da en este espacio universitario, con el fin de formar un especialista que brinde atención de Salud Integral al individuo, familia y comunidad, utilizando la estrategia de Atención Primaria de Salud, con enfoque Familiar, Comunitario, Intercultural, Generacional, de Género y de Derechos; promoviendo salud, previniendo enfermedades, rehabilitando a las personas y familias y sus comunidades. (MAIS,2012).

Hayes habló de que “la competencia cultural depende de cada individuo y de su capacidad para ganar habilidades interculturales. No es un proceso lineal. Cada persona

adquiere habilidades culturales a su ritmo. Entonces es el conjunto de conocimientos, actitudes, conductas y, en su caso, políticas que capacitan a un profesional para trabajar con eficacia en diferentes contextos interculturales” (1991).

La comunicación con el paciente es un pilar importante dentro de la competencia cultural del profesional de la salud porque le permite interpretar los mensajes de una forma biopsicosocial con un adecuado manejo en la lingüística con mediación intercultural es decir dialectos propios de cada cultura simbología expresión no verbal creando así una relación de empatía con el paciente en estado de movilidad humana procurando abordar el enfoque de la migración como tal, proporcionando al paciente herramientas para poder integrarse dentro del entorno al cual se movilizaron, además de reconocer las limitaciones o habilidades que el profesional posea para la resolución de no solo de los problemas biológico sino también psicosociales dentro de un criterio intercultural de salud. (Capdevielle J, 2011)

Las problemáticas de salud pública ante la movilidad humana presentan desafíos muy reales para los profesionales de salud y poder lograr una prestación de servicios de salud culturalmente informada requiere, por lo tanto, que se tome en consideración el hecho de que los factores culturales desempeñan un papel importante en nuestro intento por conseguir una población latina más saludable (Zavaleta, 2006).

Una de las funciones principales de los sistemas de salud es la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, en los que la calidad óptima de la atención es un elemento fundamental de la atención según lo que indica el MAIS, y para esto probablemente logremos analizar en este trabajo de investigación si el perfil del Médico en Medicina Familiar logra completar las competencias culturales aun cuando no estén explícitos. (2012)

CAPITULO II

MARCO TEÒRICO

2. MOVILIDAD HUMANA

2.1. Generalidades

Dentro del abordaje sobre movilidad humana se considerará el planteamiento de la Organización Internacional para las Migraciones que indica que es “El movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos” (OIM, 2011, p17).

Desplazamiento forzoso: Son los hechos o acontecimientos que obligan a una persona o grupo de personas a abandonar su lugar de residencia como resultado de un conflicto armado, situaciones de violencia generalizada o violación de los derechos humanos de conformidad con los instrumentos internacionales.

(Registro Oficial N° 938, 2017)

Emigrante: Es toda persona ecuatoriana que se moviliza hacia otro Estado con el ánimo de fijar su domicilio o residencia de forma temporal o permanente en el

mismo. Se exceptúa de este reconocimiento a toda persona que salga del Ecuador y se encuentre en condición de visitante temporal en otro Estado. (Registro Oficial N° 938, 2017)

Familia Transnacional: Es aquella cuyos miembros se encuentran asentados en dos o más países, de los cuales uno es el Ecuador, y mantienen vínculos afectivos, económicos, sociales y culturales. (Registro Oficial N° 938, 2017).

Inmigrante: La persona extranjera que ingresa al Ecuador con el ánimo de fijar su residencia o domicilio de forma temporal o permanente en el territorio ecuatoriano. (Registro Oficial N° 938, 2017).

Persona en movilidad humana: La persona que se moviliza de un Estado a otro con el ánimo de residir o establecerse de manera temporal o definitiva en él. (Registro Oficial N° 938, 2017).

Para este estudio es importante comprender la movilidad humana desde una mirada multicausal, con una integración local, concepto manejado por ACNUR como un proceso progresivo en donde se busca que las personas en situación de movilidad humana puedan residir de manera legal en una comunidad de acogida, que le brinde garantías en cuanto a derechos, con un trato intercultural. (ACNUR, 2017)

Es así que una definición que consolida todos los criterios es que “la movilidad humana es el movimiento que las personas realizan de un lugar a otro, ejerciendo el derecho que tienen de libre circulación, producto de diversas causas, ya sea para quedarse en el lugar a donde llegan o seguir el camino hacia otro lugar, permaneciendo por un periodo corto o largo de tiempo”. (Alonso, Chiara y Metzner, 2016)

Las personas en situación de movilidad humana se enfrentan a una doble problemática ya que al salir de su lugar de origen pierden derechos y al llegar al país de destino se arriesgan a no poder acceder a todos los derechos debido a su condición migratoria. (Martínez y Sandoval, 2009).

Para fines del presente estudio, el reconocer que las personas en situación de movilidad humana pueden enfrentar situaciones problemáticas por su condición migratoria, representa un elemento fundamental para analizar si efectivamente bajo su percepción reciben una atención médica con competencias culturales que les permita sentir un trato intercultural.

El fenómeno de movilidad humana en el Ecuador presenta ciclos ascendentes y descendentes desde aproximadamente más de un siglo, podemos mencionar como ejemplo la crisis de los años noventa que por el mal uso de los recursos que generó la

economía ecuatoriana, la incapacidad administrativa nacional, a la falta de compromiso de los políticos ecuatorianos y un alto índice de corrupción, llevo a muchos ecuatorianos al desempleo. Esto motivó a la decisión de migrar y mejorar su nivel y calidad de vida mediante salidas regulares o irregulares de compatriotas hacia el exterior cuyos destinos preferidos eran España y Estados Unidos. (Ramírez, 2013)

El hito que marcó el reconocimiento del tema de movilidad humana en el Ecuador fue la Constitución de 2008, en el contexto de priorización de lo social por sobre lo económico. En la Constitución se reconoce al Estado como garante de derechos, lo que permitió visibilizar también los derechos de las personas en situación de movilidad humana con la creación de la Secretaria Nacional de las Migraciones como parte de las relaciones internacionales. (OIM,2011)

2.2. Marco normativo de la movilidad humana en el Ecuador

En la Constitución Ecuatoriana del 2008, se reconoce el cumplimiento de los derechos de las personas en movilidad humana desde una visión integral ya registrado en los artículos de la constitución como son: Título II, Derechos, Capítulo de derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, el Capítulo sobre inclusión y equidad; y, el Capítulo de Integración Latinoamericana. (Loachamín, 2013: 25).

La Ley Orgánica de Movilidad Humana vigente en el Ecuador reconoce dentro de sus principios la ciudadanía universal que hace referencia a la libertad de las personas para moverse a voluntad en el mundo, como portadores de los derechos humanos inherentes a cada individuo, sin importar el país de origen o nacionalidad. (2017).

De igual manera, la Ley señala que no se acepta la discriminación hacia las personas que se encuentran en situación de movilidad; y no se expulsará del país o se devolverá al país de origen a ninguna persona que se encuentre en riesgo o situación de vulnerabilidad, si se da el caso, está prohibido hacerlo de manera colectiva. ((Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017).

En lo relacionado con la presente investigación, la Ley reconoce el derecho a la salud. (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017).

2.3. Situación de movilidad Humana en el Distrito 10 D02 Antonio Ante - Otavalo.

La Población según información del último censo nacional de población (INEC, 2010), se determinó que en el cantón Otavalo residen 104.874 habitantes, población que representa el 26,33% del total provincial de Imbabura siendo el segundo cantón más poblado después de Ibarra.

La densidad demográfica del cantón Otavalo para el año 2.010 es de 206,66 habitantes por km². La distribución de la poblacional es la que se muestra en la tabla 1. (INEC, 2010)

Tabla 1: Población del Cantón Otavalo

Nombre de la Parroquia	Total	Porcentaje
OTAVALO (zona urbana y periferias)	52.753	50,30%
SAN PABLO	9.901	9,44%
SAN JUAN DE ILUMAN	8.584	8,19%
SAN JOSE DE QUICHINCHE	8.476	8,08%
EUGENIO ESPEJO (CALPAQUI)	7.357	7,02%
GONZALEZ SUAREZ	5.630	5,37%
SAN RAFAEL	5.421	5,17%
DR. MIGUEL EGAS CABEZAS	4.883	4,66%
SELVA ALEGRE	1.600	1,53%
PATAQUI	269	0,26%
TOTAL:	104.874	100%

Fuente: INEC,2010

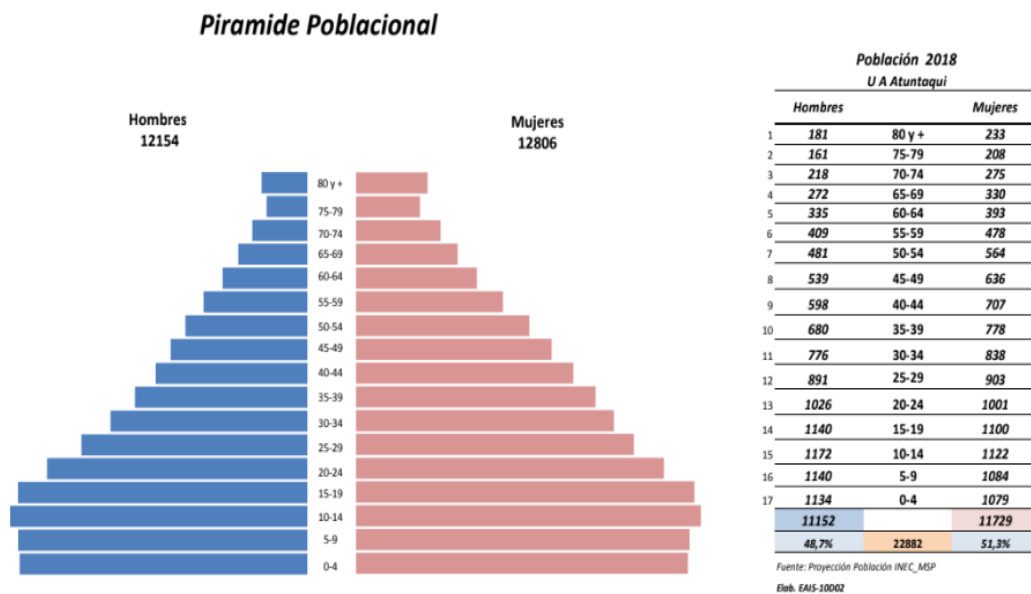
Otavalo es una ciudad que históricamente ha recibido en forma constante la influencia de culturas externas por más de cinco siglos: desde la época pre incásica empezó a recibir influencia de distintas culturas de la región norte del Ecuador, luego con la llegada de los Incas se impone una nueva cultura que influyó en el idioma y la composición étnica. La incursión de los españoles desde el siglo XVI da inicio a un proceso de colonización que introduce el idioma y la cultura europea. En las últimas dos décadas del siglo XX en especial, han ido evolucionando positivamente las relaciones sociales entre las diferentes culturas, existiendo hoy en día una tolerancia racial que permite fluidas relaciones entre los diferentes grupos étnicos, y se busca en el futuro cercano llegar a la interculturalidad. Este paisaje cultural vivo es uno de los aspectos más relevantes que está relacionado con la actividad turística en la ciudad.

(ASIS CS Otavalo, 2018)

Según el censo poblacional 2010, el Cantón Antonio Ante, presenta una población total de 89.021 habitantes en las áreas urbanas y rural, que representa el 10.9% de la población de Imbabura. (ASIS CS Atuntaqui, 2018)

Antonio Ante es un pueblo que ha ido configurando su identidad en el marco de un proceso histórico en el que resaltan importantes etapas, personajes y acontecimientos como referentes de emprendimiento, lucha, unidad y progreso hasta los tiempos actuales en los que se ha convertido en una experiencia de desarrollo, motivo de atención en el país y en el mundo fortaleciendo elementos claves de la cultura antañona, así como de su economía, ambiente y la calidad de vida de su gente.(ASIS CS Atuntaqui, 2018).

Gráfico 1: Población Cantón Antonio Ante



Fuente: ASIS Unidad Anidada Atuntaqui, 2018

De acuerdo al documento migratorio: “Censo, residencia Habitual y movilidad territorial” enunciado por la CEPAL, la movilidad poblacional implica transformaciones de tipo socioeconómico, demográfico, político y cultural (Chackiel: 2008).

La movilidad de población dentro o fuera de un país ya sea permanente o temporal va a implicar impactos positivos o negativos como: el crecimiento económico de una localidad debido a las remesas de los migrantes, intercambios culturales, disminución o aumento de empleo, tensiones sociales, aumento de criminalidad entre otros.

El análisis migratorio se realiza en base a la distribución geográfica de la población considerando dos grandes escenarios: 1) migración externa o internacional y 2) migración interna o local.

- 1) **Migración externa:** es la movilidad de la población local hacia fuera del territorio nacional. Este grupo poblacional emigrante se ha radicado de manera permanente en distintos países del mundo, influenciada por razones de tipo laboral, estudios, unión familiar y otros aspectos.

- 2) **Migración interna:** es la distribución poblacional al interior del país, es decir la distribución espacial de la población nativa fuera del límite político administrativo del cantón. Este aspecto se define como el grupo poblacional emigrante que reside en las distintas provincias correspondientes al territorio nacional. De manera consecutiva se representa la población nacida en las distintas provincias del país y que se encuentra

presente en el cantón, definida como el grupo poblacional inmigrante en el cantón de estudio.

(Aguilera, R. 2013).

Dentro del cantón se identifican 434 habitantes de origen extranjero correspondientes a los continentes de América (86,63 %), Europa (11,98 %) y Asia (1,38 %). (Aguilera, R. 2013).

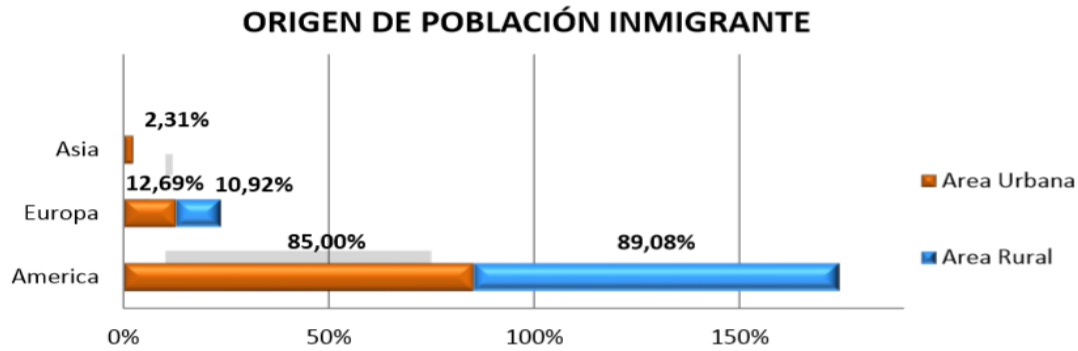
Tabla 2: Población inmigrante 2010.

Continentes	Área Urbana		Área Rural		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
América	221	85,00%	155	89,08%	376	86,63%
Europa	33	12,69%	19	10,91%	52	11,98%
Asia	6	2,30%	0	0,00%	6	1,38%
Total	260	100,00%	174	100,00%	434	100,00%

Fuente: INEC,2010

El número de extranjeros en el cantón es mínimo comparándolo con la población total, ya que representa el 0,48 % de la misma. Así el cantón Antonio Ante, se presenta como un cantón que empieza a ser observado por poblaciones extranjeras para su radicación permanente por turismo o negocios. En la cabecera cantonal la población extranjera es de 260 habitantes, de los cuales el 85 % corresponde a población del continente americano, y el 15 % restante corresponde a población europea y asiática. (Aguilera, R. 2013).

Gráfico 2: Inmigración Externa



Elaborado por: Instituto Espacial Ecuatoriano 2013

El grupo poblacional no originario del cantón proveniente de las distintas provincias del país representa el 48.88 %, siendo este un grupo de habitantes bastante representativo, a pesar de que más del 50 % de la población es originaria del cantón.

De esta manera los habitantes residentes no originarios y representativos en el cantón provienen principalmente de distintos cantones de la misma provincia ya que el 89,02 % de la población pertenece a Imbabura. Este aspecto implica que la población se ha mantenido dentro de las jurisdicciones provinciales, presentándose en la ciudad de Atuntaqui como el principal polo de atracción de la población local ya sea por la prestación de servicios en el ámbito educativo o disponibilidad de ofertas laborales, como lo indica los porcentajes de la movilidad interna en la siguiente tabla. (Aguilera, R. 2013).

Tabla 3: Inmigración interna INEC 2010

Provincia de nacimiento	Área Urbana		Área Rural		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Imbabura	18574	87,38	20166	90,89	38740	89,02
Pichincha	910	4,28	654	2,95	1564	3,59
Carchi	700	3,29	721	3,25	1421	3,27
Exterior	264	1,24	180	0,81	444	1,02
Chimborazo	108	0,51	43	0,19	151	0,35
Manabí	95	0,45	55	0,25	150	0,34
Tungurahua	96	0,45	41	0,18	137	0,31
Guayas	100	0,47	32	0,14	132	0,30
Cotopaxi	72	0,34	45	0,20	117	0,27
Esmeraldas	42	0,20	44	0,20	86	0,20
Sto Dgo Tsáchilas	50	0,24	34	0,15	84	0,19
Loja	52	0,24	31	0,14	83	0,19
Sucumbíos	27	0,13	40	0,18	67	0,15
Los Ríos	33	0,16	19	0,09	52	0,12
Bolívar	29	0,14	19	0,09	48	0,11
El Oro	19	0,09	16	0,07	35	0,08
Azuay	24	0,11	10	0,05	34	0,08
Pastaza	16	0,08	12	0,05	28	0,06
Napo	12	0,06	6	0,03	18	0,04
Morona Santiago	13	0,06	4	0,02	17	0,04
Cañar	5	0,02	6	0,03	11	0,03
Santa Elena	5	0,02	2	0,01	7	0,02
Zamora Chinchipe	5	0,02	1	0,00	6	0,01
Galápagos	2	0,01	4	0,02	6	0,01
Orellana	3	0,01	3	0,01	6	0,01
Total	21256	100,00	22188	100,00	43518	100,00

Fuente: INEC2010

2.4. Sistema Nacional de Salud

Para el Gobierno Nacional del Ecuador y el MSP como autoridad sanitaria EL CUIDADO DE LA SALUD constituye el eje estratégico del desarrollo del país y el logro del BUEN VIVIR. (Ministerio de Salud Pública sf).

Enmarcándose en el régimen del Buen Vivir, los artículos a partir del N°. 358, correspondientes a salud, señalan las características del Sistema Nacional de Salud, su finalidad, principios, conformación y objetivos; precisando que garantizará atención

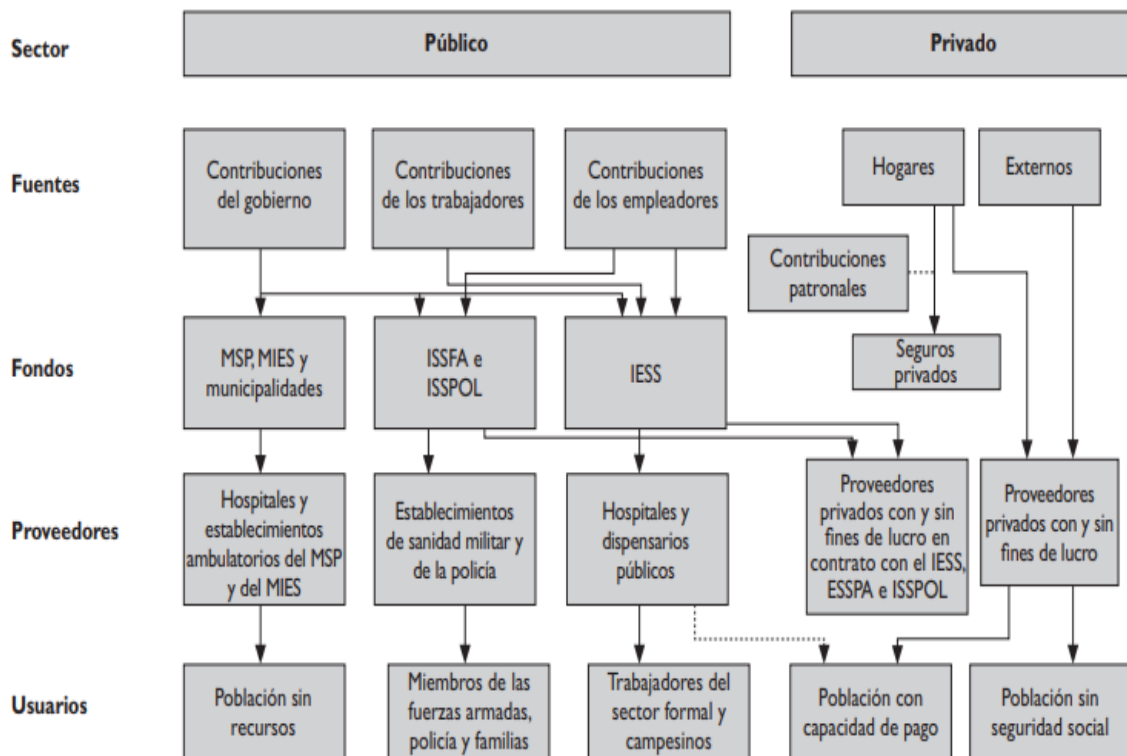
integral con base en la atención primaria y funcionará bajo los principios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social: universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación y los específicos de bioética, con enfoque de género y generacional. (Lucio, R., Villacres.N., &Henriquez.R. 2011)

El Sistema Nacional de Salud contará con la red pública y complementaria, garantizando también las prácticas ancestrales y alternativas bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo con:

- Cobertura universal (acceso equitativo)
- Descentralización (desconcentración)
- Protección integral
- Coordinación sectorial
- Participación ciudadana
- Entornos saludables

2.5. Estructura y cobertura del sistema nacional de salud

Gráfico 3: Estructura del Sistema Nacional de Salud en Ecuador



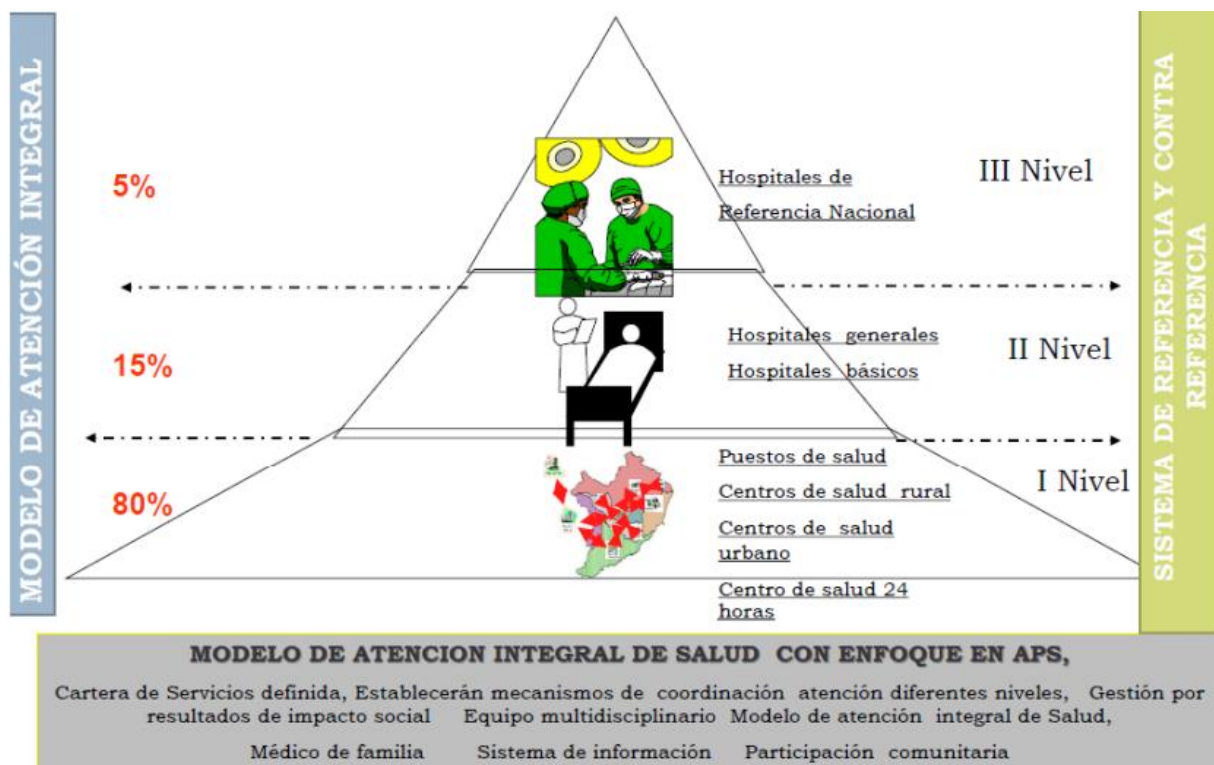
MSP: Ministerio de Salud Pública
MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social
ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Fuente: Lucio, R., Villacres.N., &Henriquez.R. (2011). Sistema de Salud en el Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(13), 178.

El sistema de salud del Ecuador se compone de dos sectores público y privado que en nuestra situación actual es un sistema descentralizado que actúa en conjunto con el fin de tener un acceso efectivo para todos y con todas las prestaciones. Lucio, R., Villacres.N., &Henriquez.R. (2011).

La estructura del sistema nacional de salud se encuentra subdividida de acuerdo a las necesidades del usuario en niveles de atención donde la base de la pirámide representa la atención primaria estructurada por: puestos de salud, centros de salud rural, centros de salud urbanos, y centros de salud de veinticuatro horas, donde el médico de medicina familiar es el actor principal de las mismas, ya que en este nivel se atiende al 80% de la población. (Malo, M.2013).

Gráfico 4: Niveles de Atención en la Red Pública Integral de Salud



Fuente: Malo, M, (2013) La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar,

Comunitario e Intercultural. *Paho*.

Es así que el MSP a la creación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, (MAIS-FCI) que es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos, y herramientas que al complementarse organiza al Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad en el Ecuador, permitiendo así la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud pública. (Malo,2013).

2.6. Modelo de atención integral del sistema nacional de Salud Familiar y Comunitario E intercultural (MAIS-FCI)

El modelo de atención actual pretende cambiar el sentido de las prestaciones de salud desde el solo biológico hacia lo integral, y en los campos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario.

Tras la adopción de la política de gratuidad, en el año 2007 se crea la Subsecretaria de Extensión y Protección Social en Salud y el Programa de Aseguramiento Universal de Salud se transforma en el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural.

El modelo propuesto por el MSP busca consolidar la atención primaria de la salud como estrategia que prioriza la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud; priorización desde un enfoque de evitabilidad y la participación organizada de los sujetos sociales en la construcción de una

sociedad saludable. Esto se complementa con la respuesta emergente curativa asistencial, históricamente hegemónica, que por sí sola no ha cambiado el perfil de salud-enfermedad de la sociedad ecuatoriana, modificando el enfoque y la práctica de atención hacia una visión más integral, de excelencia y de profundo respeto a las personas.

En este marco se contrataron 4.582 profesionales que integrarían los Equipos Básicos de Salud (EBAS), instrumento estratégico del modelo. Con ello se incrementó la oferta de servicios y la cobertura de la red del Ministerio de Salud Pública. (UNASUR, 2012)

El propósito del modelo es cumplir las metas del Plan de Desarrollo del Buen Vivir mejorando las condiciones de vida y salud a partir de la implementación del Modelo de atención integral del sistema nacional de Salud Familiar y Comunitario E intercultural (MAIS-FCI,2012)

Dentro de las políticas de estado se encuentra la reestructuración de la atención en las unidades primarias en salud mejorando la cartera de servicios e impulsando a la capacitación de profesionales especialistas en medicina Familiar y Comunitaria con ayuda de “Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP que regula), Consejo Nacional de Educación de Acreditación (CONEA que acredita), CONASA (que formula políticas), MSP-IESS-FFAA-POLICIA-JB-SOLCA-MUNICIPIOS (escenarios de práctica),Asociación de Facultades de Medicina y Ciencias del Ecuador (AFEME - Coordinación académica) y las Universidades públicas y privadas (formación)”

(OPS,2008, pag28). que tienen como objetivo la atención del niño y el adolescente, adulto, adulto mayor, mujer en estado de gestación, cuidados quirúrgicos, atención integral de la familia y la comunidad fortaleciendo de esta manera los recursos humanos especializados en este nivel de atención.

De esta forma es que la Medicina Familiar y Comunitaria se integra al Modelo de Atención de Salud del país.

2.7. Medicina Familiar y Comunitaria en Atención Primaria

Según la Academia Americana de Médicos de Familia, “La Medicina Familiar es la especialidad que brinda atención médica continua e integral para el individuo y la familia. Es la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca a todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas y órganos y cada entidad de la enfermedad” (sf)

La Medicina Familiar es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria, brinda atención integral al individuo y la familia en el contexto de la comunidad. Su historia tiene una base en la tradición de médico de cabecera y existe en el mundo desde hace aproximadamente de 40 años como especialización, su práctica requiere un cambio del paradigma biomédico al biopsicosocial y sostenerse en pilares como la integralidad, continuidad, coordinación en el cuidado y orientación a la familia.

Henríquez & Sánchez (2011) refieren:

En el año 1987 se inició en Ecuador la formación de especialistas en medicina familiar con la implementación del primer programa de la especialidad, con sede en el Hospital Voz Andes de la ciudad de Quito y el aval académico de la Universidad Católica de Cuenca. Un año después, en 1988, se fundó la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, sociedad científica sin fines de lucro que aglutina a los médicos de familia del país y es miembro activo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA).

A partir de las reformas constitucionales llevadas a cabo en Ecuador, que culminaron con la elaboración de la Nueva Constitución de la República del Ecuador, aprobada en referendo nacional y publicada en el Registro Oficial N° 449 del 22 de octubre del 2008, se consagra la garantía del derecho a la salud de la población ecuatoriana. Entre los mecanismos para satisfacer las demandas en salud de la población la autoridad sanitaria nacional representada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, planteó la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS-FC) y la creación de equipos básicos de salud (EBAS). (MAIS 2012).

2.8. Competencias del Médico Familiar y Comunitario Perfil profesional:

De acuerdo al CES (Consejo de Educación Superior), el perfil de egreso del Médico Familiar y Comunitario básicamente responde a estas 4 Competencias Específicas de la Especialidad:

1. Se comunica adecuadamente con dominio de la relación médico paciente, resolución de conflictos individuales y comunitarios; que le permiten trabajar en roles de cuidado directo y de liderazgo, con fortaleza para organizar y gerenciar los servicios y/o escenarios en los que trabaje.
2. Efectúa actividades docentes, en cada encuentro abre espacios de aprendizaje, con sus pacientes, con las familias, con los equipos de salud, con los grupos comunitarios, con los colegas.
3. Realiza lecturas críticas de la realidad que enfrenta, y tiene la capacidad de plantear soluciones, sea a través de formular proyectos de intervención y/o sistematizar los problemas que encuentra.
4. Realiza con calidad el cuidado directo y la solución de los problemas de salud, que implica el dominio de lo frecuente, resuelve el 80% de los 290 problemas que se presentan en el nivel ambulatorio de atención con un enfoque biopsicosocial.

2.9. Conceptualización sobre las percepciones

Sobre las percepciones hay una diversidad de conceptos de diferentes autores que han ido evolucionando en base a las experiencias y procesos internos de cada individuo.

Según Carterette y Friedman, es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto. (1982)

El autor Lwkwow toma lo que Luhmann manifiesta sobre la percepción diciendo que la misma está determinada por la temporalidad, espacialidad y corporalidad del sistema social. La percepción para Luhmann es la consecuencia de un proceso de una cantidad de impresiones en un tiempo simultáneo, fundamentada en la espacialidad, la misma que se basa en la relación del cuerpo y la conciencia. (2014)

En ese sentido, para el presente estudio, resulta pertinente recoger dos elementos fundamentales. Por un lado, la definición que realiza Luhmann, en tanto contexto y temporalidad determinada; y, la construcción subjetiva del mundo a partir de los significados que los seres humanos le otorgan ya que la percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal.

Lo que nos permite reconocer la mirada que las personas en situación de movilidad humana tienen frente a las competencias culturales en la atención médica dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social, generada como representación social. (Mora, 2002).

2.10. Competencia cultural en el ámbito de la salud

2.10.1. Cultura

“La cultura incluye todas las actividades características y los intereses de un pueblo”.

(Molano, 2006:4).

Hacia mediados del siglo XX, el concepto de cultura se amplía a una visión más humanista, relacionada con el desarrollo intelectual o espiritual de un individuo.

Habermas, indica que la cultura determina en un alto grado las interpretaciones que hacemos durante la comunicación. La cultura es la “lente” con la que miramos la realidad e interpretamos el mundo, es el “código” con el que leemos todo lo que se nos presenta al paso. (1989)

La realidad es ya una interpretación cultural que hace la persona desde un mundo de la vida compartido con otras personas en los grupos sociales. En este contexto utilizamos los sistemas culturales de significados y símbolos para comprender y definir nuestro propio mundo, para expresar nuestros sentimientos y para hacer nuestros juicios; lo que en el contexto del presente trabajo investigativo lo hemos denominado percepciones. (Duque, 2007)

La cultura es un elemento constitutivo del fenómeno salud-enfermedad ya que se la puede utilizar como una herramienta para comprender no solo la diversidad de la población sino las relaciones de poder que determinan diferencias e inequidades en el perfil biopsicosocial.

2.10.2. Interculturalidad

La identidad cultural de un pueblo se redefine constantemente, al integrar nuevos componentes culturales de propios o extranjeros. Este proceso da cuenta de lo dinámico que es la constitución de las identidades culturales. Aspectos múltiples que influyen en este proceso son la cultura, la lengua, las relaciones sociales, los comportamientos

colectivos, es decir, el sentido de pertenencia que se va creando individual y colectivamente y que se alimenta de forma continua con la influencia exterior. Sin duda la cultura juega un importante rol en el desarrollo de un territorio, de hecho, muchos pueblos y países alrededor del mundo han apostado por una revalorización de lo cultural poniendo en marcha así el termino de Interculturalidad como factor fundamental en la dinámica social de nuestro país, además este diálogo de culturas asegura el interrelacionamiento y la transferencia de saberes ancestrales, colectivos y culturales que dinamizan las capacidades y las potencialidades de la población. Estas, fortalecidas dentro de este proceso, al desplegarse inciden y generan mejores condiciones que repercuten en lo económico-productivo, dinamizando el potencial social. (Duque, 2007)

Entre los conceptos primordiales que los prestadores de servicios de salud deben considerar y comprender al atender pacientes culturalmente diferentes que tienen su propia idiosincrasia cultural, así como sus subculturas. El prestador de servicios de salud debe considerar siempre el origen regional y las sutiles realidades culturales de una persona. Es decir, el origen subcultural de una persona determinará su variación lingüística y dialéctica, así como las disparidades en creencias, estilos de vida y costumbres. Por lo tanto, esta variación subcultural definirá su preferencia médica primordial y su percepción hacia los servicios de salud. (SOCIOTAM Vol. XVI, N. 2 (2006).

Los prestadores de servicios de salud deben estar constantemente conscientes de que no todas las poblaciones latinas son iguales. Es decir, una población no es exactamente como otras poblaciones, ni tampoco es igual a otras poblaciones latinas. Históricamente, hemos tendido a caracterizar o estereotipar creencias latinas y características culturales. (Marrero, ENE, 2013)

Aun cuando las actitudes impulsadas por la cultura son reales, es importante no confundir las actitudes definidas por la cultura con las actitudes determinadas por una marginación económica. Es decir, es muy sencillo suponer que el comportamiento de un paciente está determinado por una creencia cultural, cuando en realidad la falta de recursos económicos define su elección de los servicios de salud. (Marrero, ENE, 2013)

Las problemáticas de salud pública ante la movilidad humana presentan desafíos muy reales para los profesionales de salud y poder lograr una prestación de servicios de salud culturalmente informada requiere, por lo tanto, que se tome en consideración el hecho de que los factores culturales desempeñan un papel importante en nuestro intento por conseguir una población latina más saludable (Zavaleta, 2006).

“...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar, concertar”.

Organización Panamericana de la Salud

2.10.3. Transculturalidad

La transculturalidad se puede definir como los fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o ambos. En un contexto multicultural, la cultura debe ser atendida como un todo integrado que permite vivir en sociedad. (Marrero, 2013)

Todo proceso migratorio genera un cambio complejo en la vida de las personas. Todo aquello que le ha conformado como persona, cambia. Así, cambian sus relaciones familiares y sociales, cambia su estructura, su lengua, su alimentación, etc. Se puede decir que el proceso de emigración marca un hito en sus vidas. Para los emigrantes, hay un antes y un después, se produce una profunda división anímica y sentimental. Para poder comprender la dimensión de lo que significa una pérdida y un cambio del entorno cultural es necesario tener un modelo de atención transcultural. (Marrero, 2013)

El modelo de Purnell de competencia cultural, desarrollado a partir de 1995, puede ser utilizado por todas las profesiones que se dediquen al cuidado de la salud de un modo multidisciplinar. Este modelo es aplicable en todas las situaciones de práctica profesional y en cualquier contexto. (Marrero,2013)

Cuando ha avanzado lo suficiente está a un nivel alto de competencia cultural. En este modelo no lineal, Purnell nombra cuatro niveles o fases de competencia cultural: inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente, conscientemente competente e inconscientemente competente. Desde la primera fase que sé es incompetente culturalmente ante el nuevo contexto que afrontar y siendo inconsciente de ello, hasta que sé es inconscientemente competente culturalmente. Es decir, una persona ha ganado tal competencia cultural para ejercer su labor en un contexto cultural determinado que ya no se da cuenta que es competente a base de entrenamiento.

2.10.4. Competencias Culturales de Médicos Familiares y Comunitarios en relación a los pacientes en situación de movilidad humana

Comprendiendo que la competencia cultura es la habilidad de individuos y sistemas de responder respetuosamente y eficazmente a las personas de todas las culturas, clases, fondos étnicos y religiones de una manera que reconoce, afirma, y valora las diferencias culturales y similitudes y el valor de individuos, familias, y comunidades conservando la dignidad de cada uno. (Seattle King County Dept of Public Health, 1994)

Es así que existen muchos modelos que hablan de la práctica del profesional de salud tanto en el campo médico y enfermería las cuales se vienen desarrollándose desde los años sesenta en EEUU ante la diversidad de culturas que en el momento se presentaba por el fenómeno migratorio.

El modelo del amanecer es el más popular desarrollado por Madeleine Leininger (1960), enfermera y antropóloga, la cual tiene un enfoque antropológico e indica que el cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra, así como tantas culturas hay en el universo, las mismas que deben ser identificadas y comprendidas para que el personal de salud sea eficiente al asistir a las personas de diferentes culturas. (Martincano. J. Fernandez. M. Martin. M. sf.)

Mientras que el modelo El Health Care Industry de Davidhizar-Giger, indica que los fenómenos culturales y las estrategias deben ajustarse a escenas culturalmente diferentes. (1991).

Campinha- Bacote, indica que su modelo necesita conciencia cultural, habilidades culturales, encuentros y deseo cultural con un enfoque en una familia, en un individuo o en una comunidad. (1991)

Según Purnell, “es la adaptación de la atención de una manera consciente no es un proceso lineal sino más bien es en el cual el profesional de la salud se esfuerza por lograr la habilidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural de la persona, familia, comunidad, sociedad global y salud. (1990).

El Ecuador es un país que posee multiculturas, producto de su gran diversidad étnica, por lo tanto, existen grupos de población con diferentes concepciones de la salud y enfermedad y distintas maneras de abordarla. Cada concepción y visión sobre la salud y la enfermedad, se traduce en formas concretas para prevenir la enfermedad, restituir la salud, aliviar o mitigar el dolor y enfrentar la muerte.

Durante los últimos años se ha visto incrementado los flujos de personas en movilidad humana dentro del territorio ecuatoriano y esto lleva a reconocer nuevos enfoques y modelos de atención de los diferentes territorios de afluencia, esto nos lleva a reconocer la realidad multicultural del país, no solo de regiones rurales e indígenas sino también de las grandes ciudades y países, en un entorno de movilidad humana, que nos lleva a desarrollar un proceso comunicativo suficiente entre códigos culturales diferentes con el propósito de mejorar las expectativas en la atención proponiendo las siguientes actividades :

- Establecer un diagnóstico certero.
- Explicar adecuadamente las indicaciones médicas.
- El seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas,
- Establecer una relación del personal de salud - usuario respetuosa y cercana.

Es por esto que en nuestro trabajo de investigación hemos querido investigar las representaciones sociales sobre la competencia cultural que el médico de medicina familiar y comunitaria adquirió en su formación en la atención de pacientes en movilidad humana.

Las competencias evaluadas en este estudio fueron las siguientes:

- Atención intercultural.- Para la prevención de conflictos y establecimiento de relaciones optimas con las personas en movilidad humana el profesional debe realizar un autoexamen sobre sus convicciones y manera de pensar sobre la cuestión étnica con el fin de poder realizar una anamnesis dentro del contexto intercultural en el cual incluyamos país de origen, estado vacunal, tiempo de estancia, ultima estancia en su país, países visitados, vivienda y convivientes, factores psicológicos estresantes, actividad y situación laboral.

Dentro de esta atención intercultural el profesional debe realizar una exploración física detallada que incluya estado nutricional, y valoración por órganos y sistemas teniendo presente las patologías prevalentes en las personas en movilidad humana a las que se está enfrentando.

- Comunicación intercultural. – el profesional de medicina familiar y comunitaria debe primero reconocer que existe códigos de comunicación propios de la región en la cual labora que para la persona en movilidad humana pueden ser desconocidos y a su vez provocar un grado de incertidumbre al recibir mensajes incomprensibles ocasionando malos entendidos no solo en comprender las

prescripciones médicas sino en sentir que no fue bien interpretado su sintomatología; segundo es importante tenga a mano las distintas herramientas de comunicación como son la comunicación no verbal y paraverbal.

- Actitudes interculturales. - El respeto por las diversas culturas y nuestro acercamiento sensible a otras costumbres nos permite proporcionar una atención dentro del ámbito intercultural ya que cada ser humano posee su propio hábitus social sobre la relación salud - enfermedad.
- Guías anticipatorias en movilidad humana. – los aspectos educativos son clave en el ciclo vital de cada persona, ya que nos permite un acercamiento a la prevención de múltiples problemas no solo biológicos sino psicosociales intentando evitar o minimizar las crisis que sobre todo en este grupo de población en movilidad humana están presentes por todo lo que implica el proceso de migración.

DGPLADES indica: Que la Competencia Intercultural en Salud, es la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios, fomentado actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa y que la diversidad puede ser fuente de riqueza. (sf).

En el presente estudio hemos tomado en cuenta al modelo de Purnell como base de establecer competencias culturales para los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria.

CAPITULO III

3. MÉTODOS

3.1. Problema de investigación

El fenómeno de la movilidad humana y su presión sobre los servicios de salud ha pasado a ser de alcance global y plantea diversas tensiones, dado que este fenómeno se superpone con la desigualdad y la exclusión a la que están sometidos los grupos de personas en movilidad humana. Una segunda dimensión es, como en las sociedades latinoamericanas, las diferencias étnicas y culturales han jugado como un elemento ordenador de la sociedad, generalmente estableciendo jerarquías y relaciones estamentales, las cuales han servido de piso para mecanismos de desigualdad y exclusión. (Meñaca A. Salud y migraciones, 2004:53-64).

Otra dimensión a tener en cuenta es que la medicina misma es una construcción social y cultural, entendiéndose que la cultura es un elemento constitutivo del fenómeno salud-enfermedad que ha sido entendida de diferentes maneras en el campo de la salud pública. (Kleimann A, 2006;3(10): e294)

De ahí la importancia del presente trabajo de identificar las competencias culturales percibidas por los pacientes en estado de movilidad humana en la atención médica brindada por los profesionales en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes de la PUCE en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo general

Identificar las competencias culturales percibidas de la atención médica recibida por población en condiciones de movilidad humana que brindan los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes de la PUCE en el Distrito 10 D 02 en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019.

3.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar la población en estado de movilidad humana atendidas por los médicos devengantes en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria del Distrito 10 D 02 en el período enero 2017 a marzo 2019.
- Describir la información obtenida sobre las percepciones de la atención recibida por parte de los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes de la PUCE en el Distrito 10 D 02 en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019.
- Analizar el contenido del discurso de los grupos focales y entrevistas a profundidad realizadas para determinar las competencias culturales adquiridas por los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes de la PUCE en el Distrito 10 D 02 en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019.
- Caracterizar las diferentes percepciones obtenidas del contenido del discurso de los pacientes en movilidad humana.

3.3. DISEÑO

Al ser un estudio que centra su análisis en las percepciones de las personas en situación de movilidad humana sobre las competencias culturales en torno a la atención medica brindada por los profesionales en Medicina Familiar y Comunitaria, su marco metodológico será analítico-explicativo de carácter cualitativo.

La investigación es cualitativa porque nos permite interpretar y comprender las percepciones de cada individuo en forma inductiva, lo que nos ayuda a concebir su realidad en el contexto de movilidad humana.

El estudio, se ha enfocado en la realización de grupos focales y entrevistas a profundidad, con preguntas abiertas con la finalidad de conocer con más claridad las experiencias de las personas en estado de movilidad humana sobre las competencias culturales de los profesionales en Medicina Familiar y Comunitaria en el distrito 10 D02.

3.3.1. Selección de informantes

Criterios de inclusión

Pacientes en movilidad humana atendidos en las unidades de salud del 10d02 Antonio Ante por médicos especialistas en medicina Familiar y Comunitaria en el periodo enero 2017 a marzo 2019.

Pacientes mayores de edad

Pacientes con consentimiento informado

Criterios de exclusión

Pacientes nacidos en el Distrito 10 d02 atendidos por los profesionales en Medicina Familiar y Comunitaria en el periodo enero 2017 a marzo 2019.

Pacientes que no firmen el consentimiento informado

Pacientes que no pertenecen al área de estudio.

Pacientes menores de edad.

3.3.2. Recolección de información

Para la realización del presente estudio, se realizó la recopilación de información utilizando las siguientes técnicas:

Grupos Focales: es una reunión con modalidad de entrevista abierta y semiestructurada en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados con los investigadores discutan y elaboren desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es el objeto de investigación. Si se logra generar un ambiente adecuado y se controlan las variables necesarias, se obtiene información valiosa del contexto, relaciones y actores directamente involucrados en la temática del estudio.

En el este trabajo investigativo se realizó 4 grupos focales en las unidades donde se encuentran devengando los médicos en Medicina Familiar y Comunitaria que se estructuraron de la siguiente manera:

Grupo focal Centro de Salud Atuntaqui: con la participación de 6 personas en movilidad humana de las cuales todas son de género femenino.

Grupo focal Centro de Salud Natabuela: con la participación 5 personas en movilidad humana de las cuales 3 de género femenino y 2 masculino.

Grupo focal San Roque: con la participación de 4 personas en movilidad humana de las cuales todas son de género femenino.

Grupo focal Unidad Anidada Otavalo: con la participación de 5 personas en movilidad humana de las cuales 3 de género femenino y 2 masculino.

Entrevista a profundidad: Es un método importante de la metodología cualitativa utilizada para la realización del presente estudio por las características de la población participante ya que permite un abordaje más confidencial de sus percepciones.

El diseño del instrumento de entrevista contempló preguntas abiertas en base a los temas de investigación sobre competencias en la atención brindada por los Médicos en Medicina Familiar y Comunitaria, lo que permitió orientar el diálogo sin descontextualizar la intencionalidad del estudio, entablando un espacio de confianza que permitió recopilar lo que perciben respecto de los temas de investigación. (Taylor y Bogdan, 1987)

Se logro realizar 6 entrevistas a personas en movilidad humana abarcando todo el distrito Antonio Ante – Otavalo: 2 en Atuntaqui, 1 en Natabuela, 1 en San Roque, 2 en Punyaro y 3 en Otavalo; con respecto al tiempo que se empleó en la entrevista fue un aproximado de 30 y 50 minutos.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Descripción del lugar de estudio

Mediante acuerdo Ministerial N°. 0001065 de 31 de mayo del 2012, publicado en el Registro Oficial N°. 734 de 28 de junio de 2012, el Ministerio de Salud Pública creó la Coordinación Zonal de Salud 1 que abarca la provincia del Carchi, Esmeraldas, Imbabura y Sucumbíos.

El Acuerdo Ministerial N°. 00004521 de 14 de noviembre del 2013, expide los lineamientos para organización de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública en Zonas y Distritos, creando según el Art. 2 las Direcciones Distritales de Salud para que se constituyan como entidades Operativas Desconcentradas (EOD`s). (Acuerdo Ministerial 0004919, 2014)

De esta manera la Coordinación Zonal 1 queda constituida con la tipología Dirección Distrital 10D02 Antonio Ante- Otavalo; en el cual se encuentra marcado nuestro proyecto de investigación en las diferentes unidades operativas donde se encuentren devengando los profesionales en Medicina Familiar y Comunitaria.

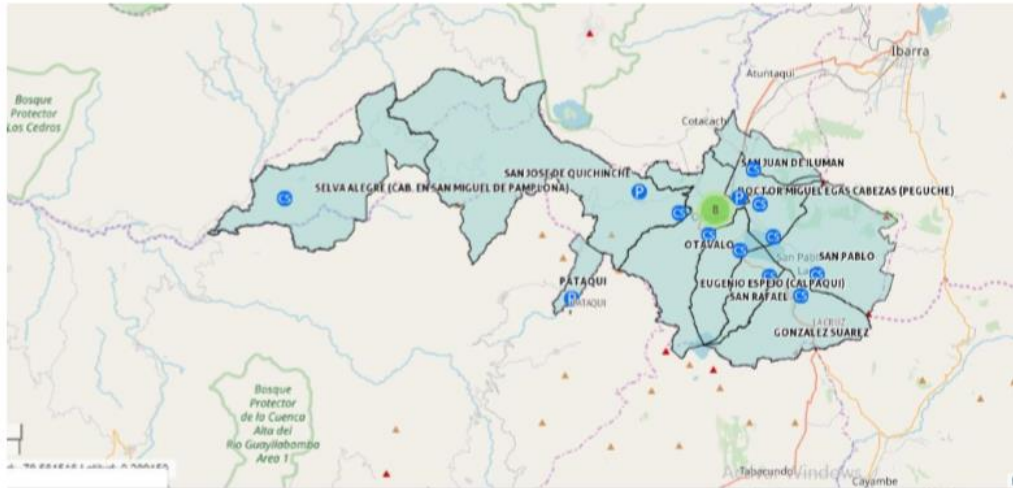
El distrito 10 D 02 está constituido por las unidades operativas localizadas tanto en el Cantón Antonio Ante como en el Cantón Otavalo:

Andrade Marín, Chaltura, Natabuela, San Roque, Imbaya, Unidad Anidada Atuntaqui, Gualsaqui, Peguche, Agato, Eugenio Espejo, Ilumán, Punyaro, Quichinche, Selva Alegre, Pataqui, San Pablo, Gonzales Suarez, La Compañía, San Rafael, Unidad Anidada San Luis de Otavalo.

De las cuales nuestros grupos focales y entrevistas fueron realizados en las unidades operativas en las cuales laboran Médicos devengantes de Medicina Familiar y Comunitaria.

La ciudad de Otavalo la cual se localiza al norte del callejón interandino a 110 kilómetros de la capital Quito y a 20 kilómetros de la ciudad de Ibarra es parte de la Provincia de Imbabura y posee la siguiente división política administrativa: once parroquias dos urbanas y nueve rurales. (ASIS Unidad Anidada Otavalo, 2018)

Gráfico 5: Mapa político Cantón Otavalo



Fuente 1. Geosalud 2019

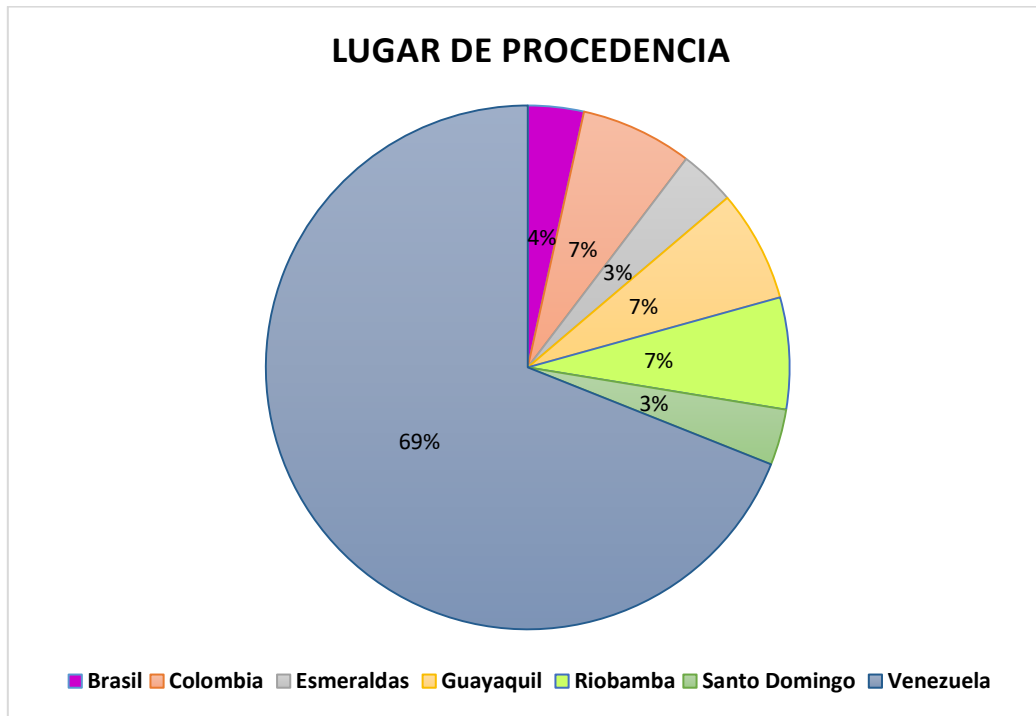
El Cantón Antonio Ante parte del Distrito 10 D02, está ubicado en el centro de Imbabura y rodeado de un hermoso paisaje interandino, a 12 Km. al suroeste de la ciudad de Ibarra, capital de la provincia y a 105 Km. al noreste de la Ciudad de Quito, capital del Ecuador y posee la siguiente división política: 2 parroquias urbanas y 4 parroquias rurales. (ASIS Unidad Anidada Atuntaqui, 2018).

Gráfico 6: Mapa político Cantón Antonio Ante

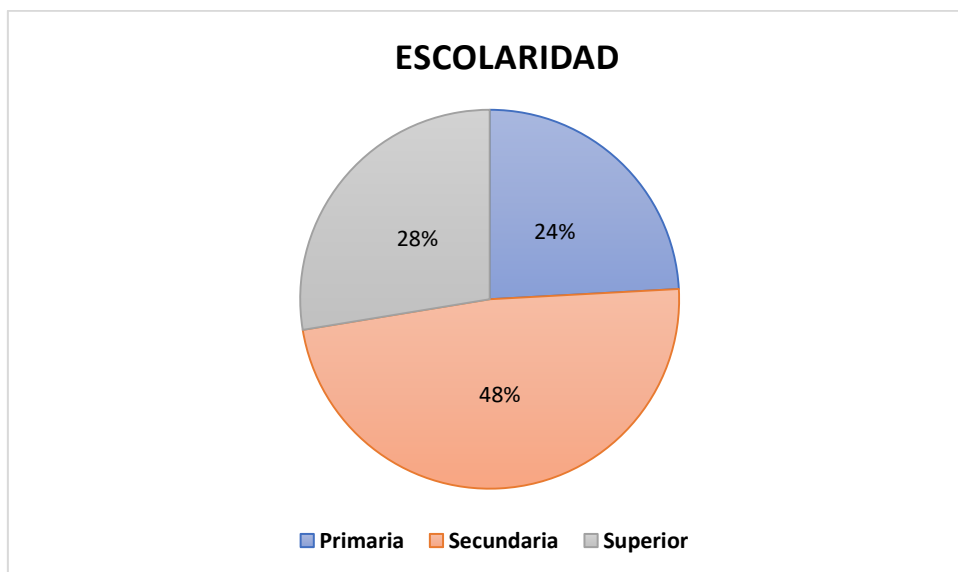


4.2. Características de la población en estudio

Gráfico 7: Representación del total de la población en movilidad humana participante según procedencia.



Elaborado por: Ana Carrera y Patricia Piedmag



Elaborado por: Ana Carrera y Patricia Piedmag

Tabla 4: Grupo Focal (Unidad Anidada Atuntaqui.)

N°	Procedencia	Genero	Edad	Tiempo en el Distrito	Actividad laboral	Nomenclatura
1	Venezuela	Femenino	28	1 año	QQDD	ATLM28
2	Venezuela	Femenino	37	3 años	Ventas ambulantes	ATCA37
3	Venezuela	Femenino	45	8 meses	Ayudante de cocina	ATMA45
4	Venezuela	Femenino	50	6 meses	QQDD	ATVS50
5	Venezuela	Femenino	52	2 años	QQDD	ATAS52
6	Venezuela	Femenino	64	1 año	Costurera	ATYM64

Tabla 5: Grupo Focal (Sub Centro de Salud de Salud Natabuela.)

N°	Procedencia	Genero	Edad	Tiempo en el Distrito	Actividad laboral	Nomenclatura
1	Esmeraldas	Masculino	18	3 años	Estudiante	NTJP18
2	Colombia	Masculino	28	1 año 1 mes	Ayudante de cocina	NTWH28
3	Venezuela	Femenino	23	4 meses	QQDD	NTOP23
4	Santo Domingo	Femenino	24	4 años	QQDD	NLTP24
5	Venezuela	Femenino	26	2 años	QQDD	NTMD26

Tabla 6: Grupo focal (Sub Centro de Salud de San Roque)

N°	Procedencia	Genero	Edad	Tiempo en el Distrito	Actividad laboral	Nomenclatura
1	Guayaquil	Femenino	18	6	Estudiante	SRMB18
2	Guayaquil	Femenino	26	3	Estudiante	SRMC26
3	Riobamba	Femenino	28	5	QQDD	SRBR28
4	Riobamba	Femenino	19	5	Estudiante	SRNB19

Tabla 7: Grupo Focal (Unidad Anidada Otavalo)

N°	Procedencia	Genero	Edad	Tiempo en el Distrito	Actividad laboral	Nomenclatura
1	Venezuela	Masculino	32	1 año	Atiende un local de ropa	OTGJ32
2	Colombia	Femenino	37	4 año	Estilista	OTGG37
3	Venezuela	Femenino	25	3 meses	Mesera	OTHJ25
4	Venezuela	Masculino	28	2meses	Vendedor ambulante	OTBH28
5	Venezuela	Femenino	30	2 años	Atiende en local de zapatos	OTPA30

Tabla 8: ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Unidad operativa	Procedencia	Genero	Edad	Tiempo en el Distrito	Actividad laboral	Nomenclatura
ATUNTAQUI	Venezuela	Masculino	64	1 año	Serigrafía	ATZE64
	Venezuela	Femenino	64	1 año	Costurera	ATVA64
SAN ROQUE	Brasil	Femenino	25	3 años	QQDD	SR
NATABUELA	Venezuela	Femenino	28	1año 2m	Cocinera	NBH28
PUNYARO	Venezuela	Femenino	30	2 años	Vendedora ambulante	PPA30
	Venezuela	Femenino	29	1año	QQDD	PHY29
OTAVALO	Venezuela	Femenino	22	3meses	No trabaja	OTTS22
	Venezuela	Femenino	25	6meses	QQDD	OTOM25
	Venezuela	Femenino	28	6meses	QQDD	OTMY28

4. 3. Plan de Análisis

En el presente trabajo de investigación la información obtenida en los diferentes grupos focales y entrevistas a profundidad fue sistematizada basándonos en las guías semiestructuradas, las mismas que fueron modificándose en el transcurso de la realización de la investigación para un mejor análisis del discurso acerca de las percepciones sobre competencias culturales de las personas en movilidad humana.

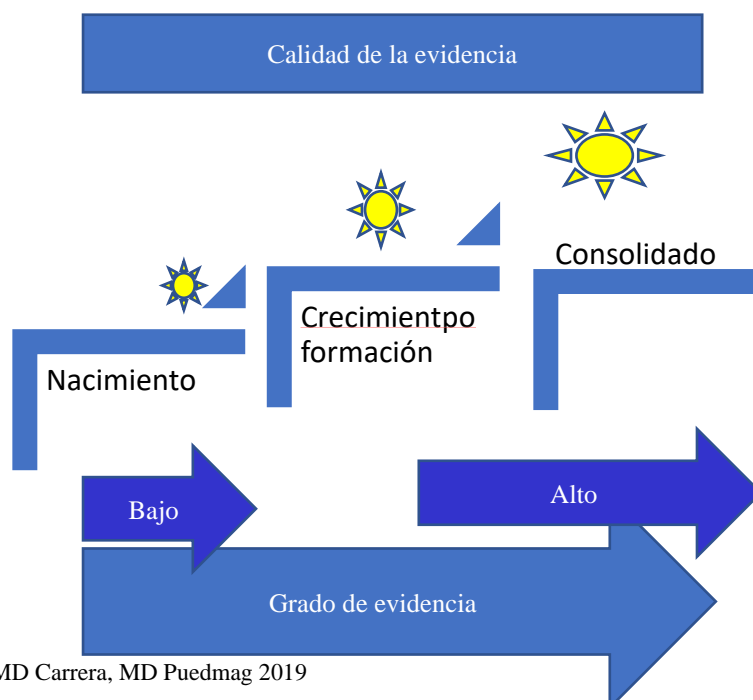
El Análisis de los datos obtenidos fueron basados en la guía del Libro “Análisis del Mensaje” de Daniel Prieto Castillo (1988) el cual indica tres estructuras:

1. **Ideas núcleo:** Se refiere al/os tema/s de un discurso y las ideas principales que presenta/n en su contenido.
2. **Modo de predica:** Es la magia del discurso, constituye al sujeto en cuestión y lo considera más allá de lo que ese sujeto es o fue fuera del discurso. Existe un modo de predica de estado, por ejemplo: “Bolívar fue el libertador de América” y uno de acción: “Bolívar libertó América”.
3. **Grado de referencialidad:** Constituye al sujeto y esta puede ser: alta cuando el discurso se acerca profundamente a las características que el sujeto tiene fuera del discurso, o puede ser baja si ofrece pocas de esas características.

4. Ideología: constituye un conjunto de ideas que caracterizan a una persona u colectividad, que según el autor lo cataloga como:

- a) **Unicentualidad significativa:** Se da cuando se busca dejar en el perceptor una interpretación clara de un tema determinado por medio de redundancias y reiteraciones de conceptos.
- b) **Consignas de interpretación:** Se trata de un narrador que puede ser el propio personaje o alguien que se refiere a él. Este narrador indica qué leer, interpretar y hacer.
- c) **Apelación de experiencias decisivas:** Se refiere a las experiencias que marcan profundamente los comportamientos de un individuo.
- d) **Visión Polarizada de la Realidad:** Son los extremos de la realidad.

Gráfico 8: Análisis del Discurso



Elaborado por: MD Carrera, MD Piedmag 2019

4.4. Categorías y Subcategorías de los temas de estudio

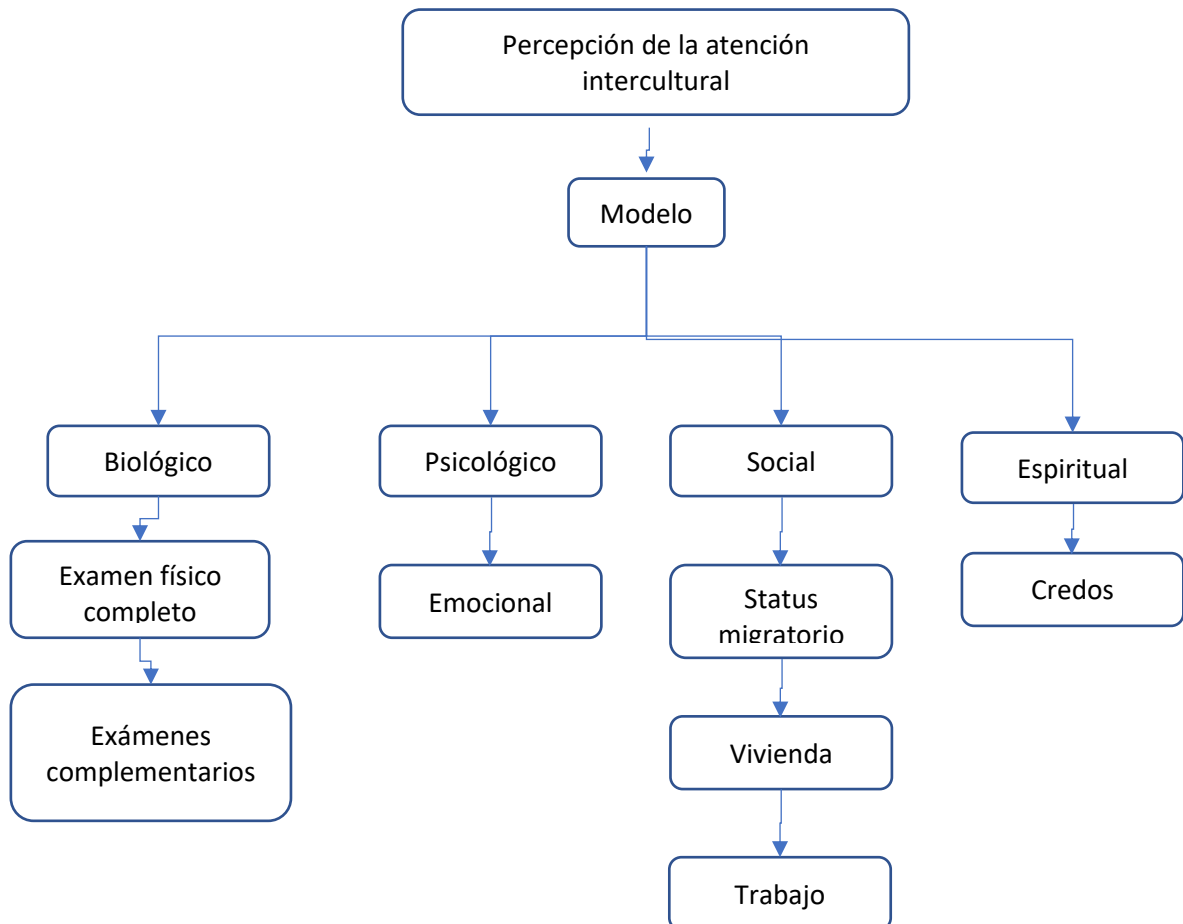
Tabla 9: Categoría y subcategoría de los temas de estudio

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Atención intercultural	Biológico (anamnesis, examen físico completo y exámenes completos.)
	Psicológico (salud mental)
	Social (países visitados, vivienda y convivientes,)
	Espiritual (EMPATIA)
Comunicación intercultural	Eficiente (LINGÜÍSTICA)
	Empatía
Actitudes interculturales	Respeto en sus expectativas
	Respeto de sus expresiones
	Respeto de sus practicas
Guías anticipatorias en movilidad humana	(salud- enfermedad migración, separación, asimilación, factores estresantes, actividad y situación laboral)

4.5. Análisis de la información

4.5.1. Categoría: Atención Intercultural

Gráfico 9



Fuente: Entrevista realizada a los pacientes en movilidad humana del Distrito 10D02.

Elaborado por: MD Carrera, MD Piedmag 2019

En el país el derecho a la salud garantiza a las personas en situación de movilidad humana una atención de salud basada en el modelo MAIS, la misma que se cumple ya que este grupo poblacional puede acceder a la atención en las instituciones públicas sin discriminación, lo cual se puede evidenciar en las vivencias compartidas para esta investigación.

La percepción sobre la atención del profesional de Medicina Familiar y Comunitaria en los pacientes en movilidad humana es satisfactoria ya que han podido acceder al servicio de atención sanitaria sin problemas, se supo manifestar que fue una sorpresa para ellos el haber sido atendidos por un médico que los escuche y que los “revise bien”

Como lo indica NTMD2:

“ Cuando vengo siempre me atienden bien, la Dra. nos da confianza, es buena la atención por ejemplo yo siempre que vengo le digo que mi hijo es de mal comer, le se contar eso porque me dijeron que este mes que viene si ya no sube de peso le van a pasar al grupo de niños desnutridos y ella me da concejos de que le haga comer, que ponga así ciertos ingredientes en la comida para que coma, cuando vengo a los controles le hace hacer las cosas de motricidad y si, si es buena la atención”

A más que los profesionales tienen competencias académicas en todos los grupos de población como lo indica SRMC26:

“Fui con una dra. En medicina general quien le vio a mi hija que tenía una herida en el pie solo le limpio y me dio paracetamol, al salir la Dra. de Medicina Familiar me dijo que me iba a atender y me explico que era una enfermedad que era típica de la Costa y fue así que me dio el tratamiento para que mi hija se cure”

De esta manera podemos notar que la percepción de la atención no solo se centra en el componente biológico sino es una atención integral procurando abarcar la parte psicosocial y espiritual como lo indica:

SRBR28 “me dijo las palabras que uno en ese momento desea escuchar dándome una esperanza con el tratamiento de mi hija. Ella siempre dice que la ultima palabra la tiene Dios”

En cuanto a la percepción sobre el haber recibido tratamientos, cirugías, hospitalización y medicamentos de manera gratuita les ha sorprendido, ya que en su país de origen no han logrado adquirir medicinas desde hace algunos años en los casos de ser provenientes de Venezuela y en casos procedentes de Guayaquil indican que no tienen este tipo de atención como lo indica ATVS50:

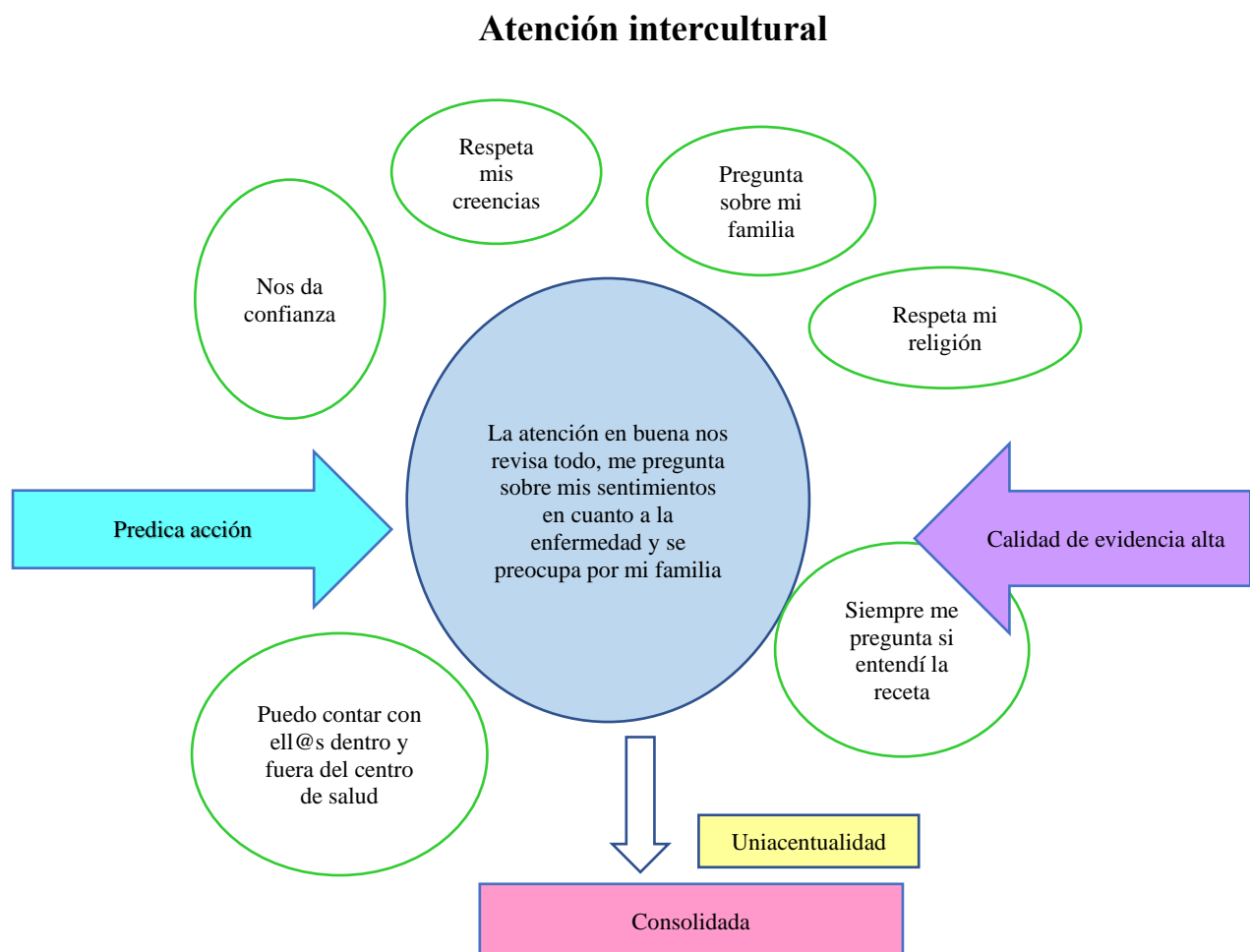
“Yo estaba mal del estómago, me consiguieron atención baja, me atendieron rápido, me hicieron hasta endoscopia la atención es muy buena, inclusive creo que estamos aprovechando de los pocos recursos de este país”

Las respuestas obtenidas por cada uno de los participantes en movilidad humana son similares y varían de acuerdo al tiempo que conocen al profesional y al tiempo de movilización, pero en general la percepción del cien por ciento de los pacientes que se encuentran en estado de movilidad humana sobre la atención del médico especialista en

Medicina Familiar y Comunitaria, es de calidad y muestra

alto porcentaje de satisfacción siendo esta la idea núcleo sobre la competencia de atención intercultural.

Gráfico 10: Análisis de la Atención intercultural



Fuente: Entrevista realizada a los pacientes en movilidad humana del Distrito 10D02.

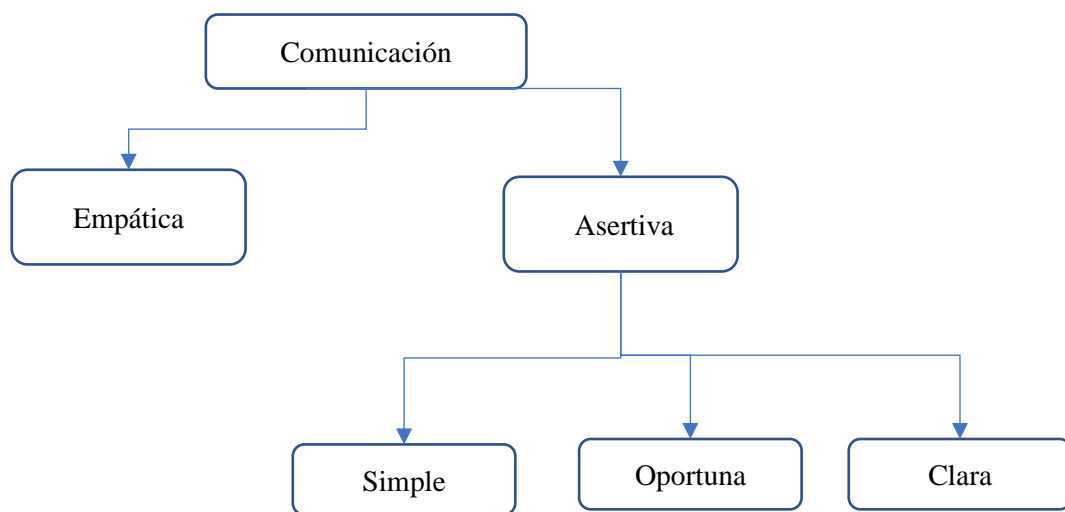
Elaborado por: MD Carrera, MD Piedmag 2019

La percepción de los pacientes en estado de movilidad humana sobre la competencia de atención intercultural es su idea núcleo es “la atención en buena nos revisa todo, me pregunta sobre mis sentimientos en cuanto a la enfermedad y se preocupa por mi familia” de acuerdo a su discurso emitido en forma de predica de acción y con muy alta

calidad de evidencia, ideología de uniacentualidad por lo tanto esta es una percepción consolidada.

4.5.2. Categoría: Comunicación.

Gráfico 11



Fuente: Entrevista realizada a los pacientes en movilidad humana del Distrito 10D02.

Elaborado por: MD Carrera, MD Piedmag 2019

La importancia de la comunicación en la atención médica radica en comprender lo que el paciente quiere transmitir, por lo que el médico de Medicina Familiar y Comunitaria, tiene que estar atento a la forma en la que el paciente transmite sus mensajes, es decir su lenguaje verbal no verbal y paraverbal, corporal etc., para que su mensaje al final de la consulta sea asertiva (simple, oportuna, clara).

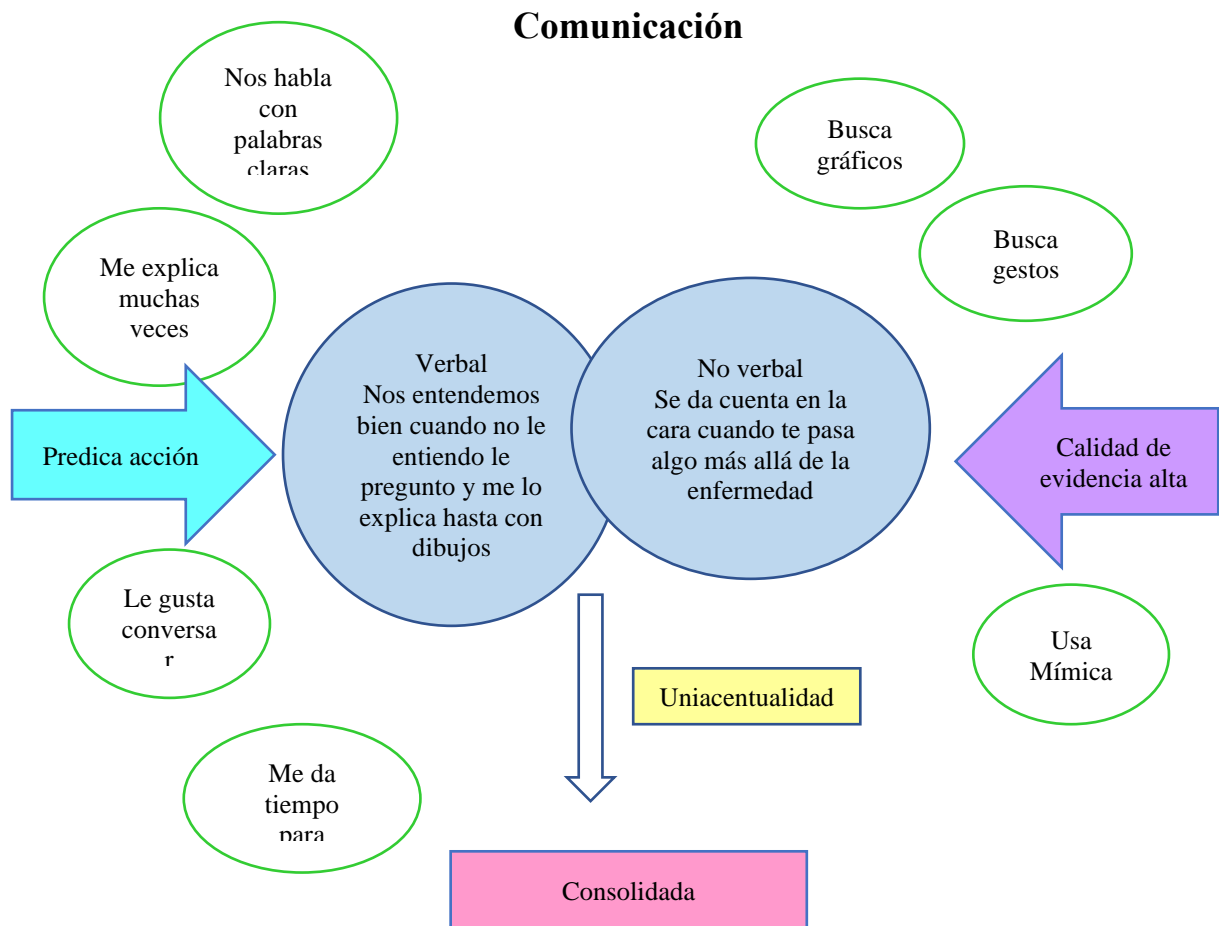
El lenguaje para ser asertivo se ve atravesado por la habilidad social y la inteligencia emocional que la entendemos como empatía entre los comunicadores por tanto la idea núcleo se reduce a que el Médico de atención Familiar y Comunitaria atienden de forma asertiva y empática como lo refiere SRBR28:

“Ella me atiende como que fuera de la familia porque las otras doctorcitas son como hasta aquí no más, pero la Dra. es como que se acerca más, le dice que venga más acá como amigas o como que fuéramos de la familia, me siento bien conversándole mis dolencias y mis problemas de pareja, hasta le cuento los líos de la escuela es muy fácil comentarle a ella cualquier cosa”.

También refiere en este acápite ATCA37:

“La doctora me explica que es lo que tengo, y que pastillas tengo que tomar luego conversamos un poco y vuelve a explicarme lo de las pastillas, y al final de la consulta me pregunta otra vez y entonces yo pongo cara de que no entendí se ríe y me explica otra vez y también lo escribe para que lo tenga en la casa y no tome mal mi tratamiento.”

Gráfico 12: Análisis Categoría Comunicación



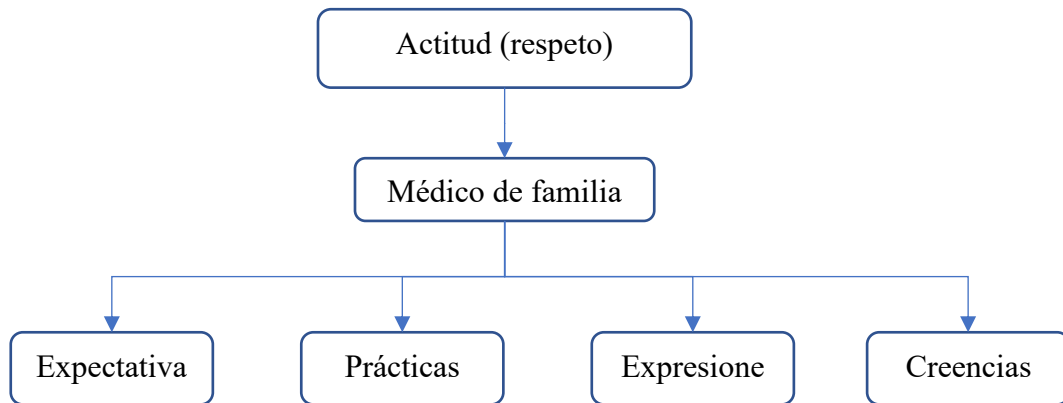
Fuente: Entrevista realizada a los pacientes en movilidad humana del Distrito 10D02.

Elaborado por: MD Carrera, MD Piedmag 2019

Deducimos que la idea núcleo de esta categoría se presentó con un modo de predica tipo activo en la mayoría de participantes con una ideología de uniacentralidad, tiene un alto grado de referencialidad concluyendo que la comunicación de parte del médico graduado en Medicina Familiar y Comunitaria tiene una percepción de los pacientes en estado de movilidad humana ampliamente consolidada.

4.5.3. Categoría: Actitudes

Gráfico 13



Fuente: Entrevista realizada a los pacientes en movilidad humana del Distrito 10D02.

Autores: MD Carrera, MD Piedmag 2019

Las capacitaciones virtuales sobre derechos humanos y atención prioritaria que ofrece el Ministerio de Salud Pública han permitido que los profesionales en salud eviten la xenofobia y brinden una atención integral a este grupo de población sin embargo falta mucho camino por recorrer para lograr una atención intercultural ya que aún no existe el reconocimiento de nuestras propias debilidades en relación al tema.

Al tener dentro de las consultas pacientes en estado de movilidad humana debemos entender que son personas que presentan una diversidad cultural distinta a la nuestra que poseen sus propias creencias en cuanto al ámbito de salud enfermedad y que además tienen una forma distinta de comunicarse es decir lo que ellos expresan puede ser interpretado de otra manera como por ejemplo: “luego del palo de agua de anoche me siento como resfriada”, donde palo de agua significa fuerte aguacero, o cuando dice “dar la cola” que significa dar un aventón.

Es por eso que valoramos dentro de esta categoría al respeto tanto de las expresiones, prácticas, expectativas y creencias de los pacientes en situación de movilidad humana.

En la subcategoría respeto a las expresiones las personas entrevistadas manifestaron que no se vieron menospreciados por su forma de expresión y acentos, más bien los profesionales se interesaron por la cultura de donde provienen como lo expresa

NTJP18:

“Al saber que somos extranjeros creo se alegran más en atendernos, le gusta nuestro acento, creo que te tratan con más cariño, al saber que soy colombiano no hacen comentarios ni nada nos atienden normal a mi mama que se trata con la Dra. le trata muy bien le dan como consejos como por ejemplo que tiene que bajar de peso, menos sal, que salga a caminar y esas cosas para que no se le suba la presión.”

En la categoría respeto a las prácticas indica SRNB19:

“ Cuando me diagnosticaron mi enfermedad mi padre entro en negación y pensaba que los médicos son matasanos, al ser el nacido aquí en San Roque cree mucho en lo que es la medicina mágica y ancestral y quería que dejara mi quimioterapia para que me vea el curandero, mi madre discutió mucho con él y le convenció de hablar con la Dra., cuando vinimos a la consulta ella le hablo de lo que pasaría si yo dejaba mi terapia; pero no se negó a que el me llevara con el curandero le explico que el objetivo conmigo es curarme y que puede haber varios caminos y al ser tan grave mi enfermedad podemos tomar varios, ahora estamos convenciéndole de hacerle exámenes preventivos a mi hermano ya que él se niega a ello, pero la Dra. está en proceso de realizar exámenes a mi hermano también”.

Las expectativas de lo que esperan los pacientes en movilidad humana en relación a la atención brindada por los médicos graduados en Medicina Familiar y Comunitaria es tener una atención diferente al médico de siempre es decir no solo un médico prescriptor si no también un médico que le sepa escuchar y que sepa entender la situación del paciente como persona, así como su familia y entono como lo explica: NTMA26:

“Bien muy chévere la Dra. es profesional me atendió muy bien todo, en todas las veces que fui cuando fui a la primera atención me pregunto también acerca de mi familia como por ejemplo que si la bebe había sido deseada y como iba con mi esposo a los controles ya ella nos hablaba de cómo debo cuidarme de que los bebes sienten todo eso, lo que esperaba es que tenga tiempo no solo para el

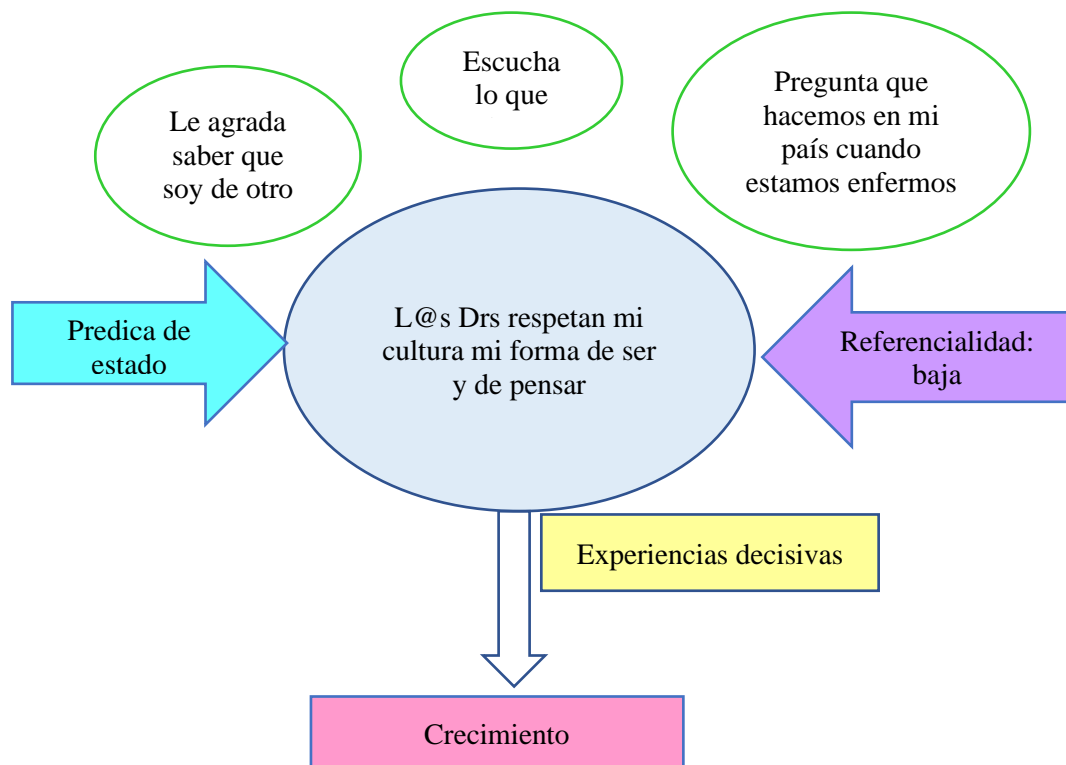
chequeo de mi embarazo porque cuando fui a la obstetra me atiende bien pero solo se enfoca en eso, en cambio la Dra. me pregunto de cómo me sentía yo y respeto los sentimientos que tenia de tristeza nostalgia por mi país y mi familia y tuve tiempo para desahogarme ya que en mi casa con mi esposo es difícil porque no quiero que él se sienta mal”.

Todo lo señalado anteriormente hace que los pacientes busquen la atención específicamente de los médicos de familia ubicándolos a estos por su nombre mas no por su especialidad como hemos visto que en el total de 27 pacientes entrevistados tanto en grupos focales y entrevistas individuales que solo tres pacientes conocen lo que implica el médico de Medicina Familiar y Comunitaria.

Gráfico 14: Análisis Categoría Actitudes

interculturales

Actitudes



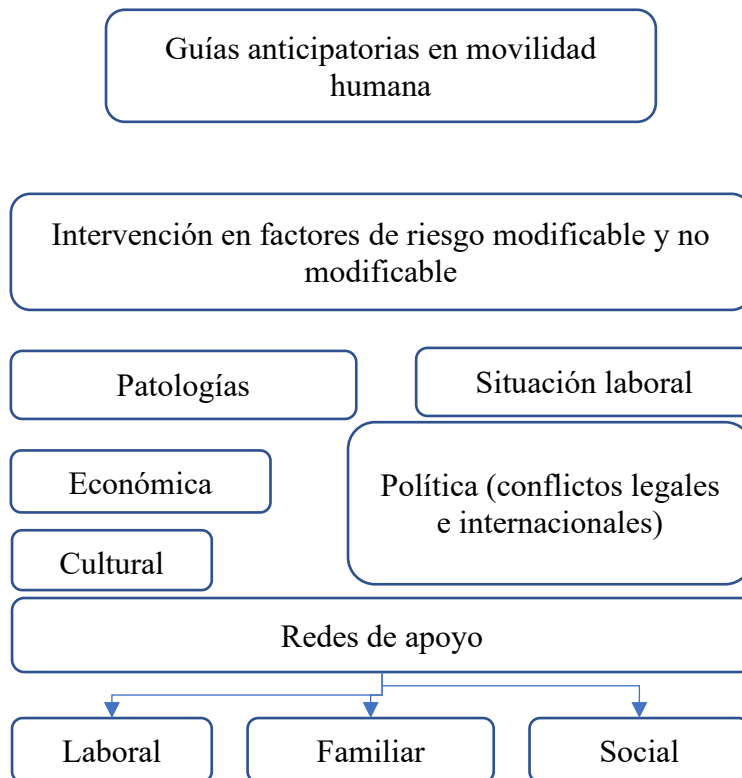
Fuente: Entrevista realizada a los pacientes en movilidad humana del Distrito 10D02.

Autores: MD Carrera, MD Piedmag 2019

Concluimos que la idea núcleo se expresó con un modo de predica tipo estado porque la actitud respetuosa no solo enmarca al profesional de Medicina familiar y Comunitaria sino más bien se expresan así de todos los servidores en salud de cada unidad operativa, por esta misma razón el grado de referencialidad es bajo y la percepción de los pacientes en movilidad humana se encuentra en crecimiento.

4.5.4. Categoría: Guías anticipatorias en movilidad humana

Gráfico 15



Autores: MD Carrera, MD Piedmag 2019

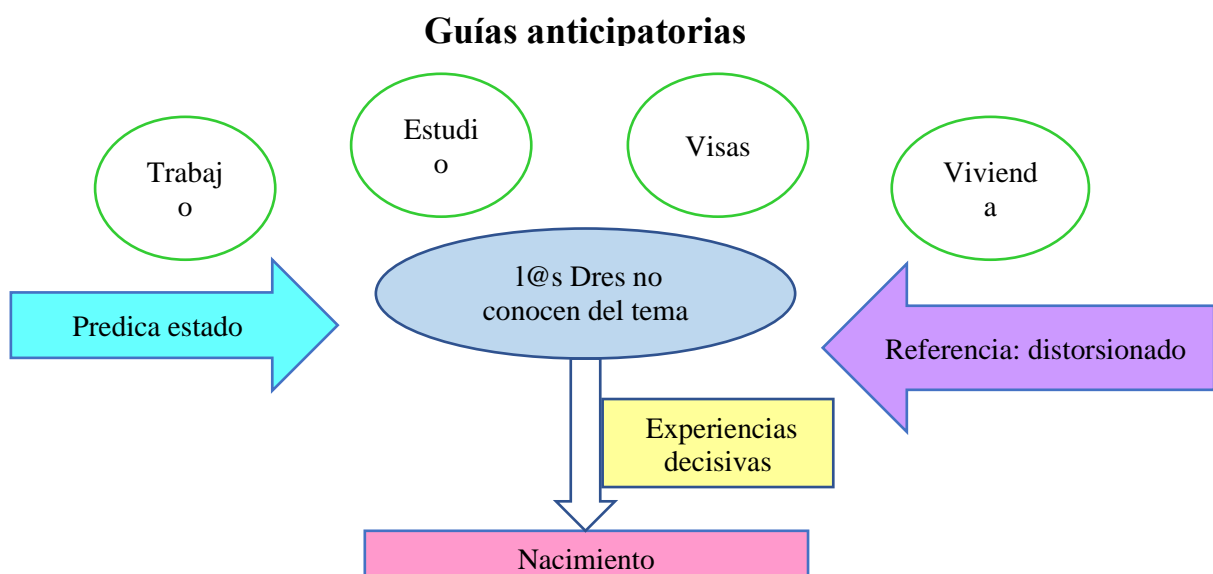
Las actividades que realizan las personas en estado de movilidad humana son diversas, en función de la necesidad de asegurar un ingreso económico para su familia y para enviar remesas a quienes se encuentran fuera en el caso de las personas en movilidad humana procedentes de Venezuela; debido a ello su vinculación con el mercado laboral se ha dado en la venta ambulante conformando pequeños grupos para recorrer las calles, como empleados en locales comerciales, también como ayudantes de cocina o limpieza en restaurantes y finalmente brindan diversos servicios como la costura, carpintería, debido a que no han podido regularizar su situación o no conocen el lugar a donde migraron por lo que las percepciones sobre este tema han sido que los

médicos si les han preguntado sobre su situación laboral y económica que les han dado referencias de lugares a donde acudir a solicitar ayuda, pero sin mucha seguridad o ciencia cierta.

Además, les han proporcionado información sobre las posibles enfermedades si se encuentran viviendo en hacinamiento o a su vez en lugar en mal estado en cuanto a infraestructura, pero no les han dado una guía concreta en cuanto a ayuda del estado tal vez por desconocimiento del profesional; como lo indica NTWH28

“Trabajo desde las 7 de la mañana y a veces me quedo limpiando hasta las 11 de la noche, no soy asegurado y no me pagan ni el sueldo básico, así que si veo que no respetan ese derecho en mi trabajo por lo que la dra. me comento que puedo acudir tal vez a la Defensoría del pueblo que ahí me podrían guiar”

Gráfico 16: Análisis Categoría Guías Anticipatorias en Movilidad Humana



Fuente: Entrevista realizada a los pacientes en movilidad humana del Distrito 10D02.

Sin embargo, a lo referente en guías sobre factores estresantes de situación laborar en movilidad humana la idea núcleo es que los profesionales no conocen mucho del tema legal migratorio dando un modo de predica de estado con grado de referencia distorsionado generando una percepción en nacimiento.

CAPITULO V

5.DISCUSIÓN

5.1. Atención de salud intercultural

La normativa ecuatoriana en torno a la movilidad humana es contradictoria ya que la Constitución y la Ley Orgánica de Movilidad Humana no tienen concordancia, puesto que la Constitución Ecuatoriana incluye a la movilidad humana mencionándola en sus articulados como un grupo de atención prioritaria, en temas de inclusión, equidad e integración; mientras que la Ley Orgánica de Movilidad Humana es una ley restrictiva, discriminatoria y vulnera algunos derechos humanos, como la salud ya que en esta indica que toda persona en movilidad humana debe tener o presentar un seguro de salud. (OIM,2012)

Sin embargo el Sistema Nacional de Salud hace referencia a un modelo de atención integral, equitativo con calidad y calidez en el cual están como actores los profesionales en Medicina Familiar y comunitaria los mismo que según la Academia Americana de Médicos de Familia brindan una atención médica continua y dentro de un entorno biopsicosocial y espiritual con una mirada intercultural que aun cuando no esté explícito como tal, en el presente trabajo investigativo los profesionales poseen dichas competencias desde el momento del primer encuentro con una persona en estado de movilidad humana en relación a una forma correcta anamnesis en la cual tengan presente los factores de riesgos de diferentes lugares del mismo país y de otros países

correlacionando con la clínica y diversas patologías que no sean propias de la zona a la pertenecen como lo menciona NTLP24:

“Cuando le conocí a la dra. me pregunto todo desde que religión vengo? ¿De dónde vengo? ¿Porque he venido desde allá? ¿Las enfermedades que hay en mi familia? Todo todo... y luego me examino no solo por lo que vine que fue mi embarazo sino todo y luego un montón de exámenes, y me explicó en palabras que le entendí el por qué me realiza tantas cosas” a más me pidió que le lleve a mi otro hijo también para revisarlo”

Es así que se asemeja al enfoque del modelo Purnell y Campinha- Bacote, sobre la práctica de los profesionales sanitarios la competencia cultural es un proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente en el contexto cultural de la familia, el individuo, y la comunidad. (1990)

La percepción que se tiene sobre la atención intercultural es de satisfacción ya que las personas en movilidad humana han tenido una atención individual y familiar no solo biomédica sino más bien incluyendo su entorno social y comunitario como lo indica el modelo de Purnell y Campinha Bacote.

5.2. Comunicación

Esta competencia se basa en la adquisición de habilidades, conocimientos y una actitud hacia el grado más alto de competencia cultural que es de es el de Habilidad cultural de comunicarse, facilitando de esta manera la interactividad entre el profesional en salud, el paciente y su comunidad.

Para el paciente en movilidad humana, los nuevos códigos de comunicación propios del país o zona que le son desconocidos en su primera instancia crean contradicción en la información que recibe y ofrece. Marticano, Fernández & Martin, (s.f)

Una segunda lengua puede dar origen en ocasiones a un discurso de apariencia incoherente, disgregado, o poco claro, que hace extremadamente difícil una presentación de salud clara haciendo imprecisa la descripción de los síntomas, así como la comprensión de las indicaciones médicas. Marticano, Fernández & Martin, (s.f)

Si no hablamos el idioma del paciente y no hay otro medio intentaremos comunicarnos por gestos de ahí la importancia de quebrantar la barrera comunicativa utilizando gestos y comunicación no verbal y paraverbal. Marticano, Fernández & Martin, (s.f)

Según la metodología de trabajo en la atención primaria de Simón es importante visualizar al tipo de población a la que se enfrenta el profesional de la salud ya que las poblaciones de tipo latino o mediterráneo prefieren la empatía, la proximidad... si no

hay un contacto previo amable y personal, el paciente no se siente cómodo y puede inhibirse, a diferencia de las poblaciones asiáticas quienes valoran más otros colectivos la actitud de distancia y formalidad. (1997)

A más de esto nos indica que es de vital importancia tener un ambiente tranquilo, privado, procurando observar lo que manifiesta el paciente con sus gestos expresión no verbal, para de esta manera tener la capacidad de entender, sintonizar e interactuar con el paciente y con los problemas que éste refiere. (Simón, 1997).

No podemos esperar que, aunque nuestro paciente hable el castellano como primera lengua, conozca los giros y los modismos que usamos en nuestro país. ¿O acaso su español no suena diferente a nuestros oídos? Marticano, Fernández & Martin, (s.f)

Es como lo menciona ATCA37

“Cuando la dra. me daba las indicaciones que darle de comer a mi hija me menciono el frejol, no le entendí y luego ella me explico e incluso me indico una imagen del internet y le mencione que en nuestro país lo llamamos caraotas”

Nuestros resultados sobre esta competencia cultural son igual al del modelo de Purnell que indica que la comunicación es la pieza angular de la relación médico paciente en movilidad humana ya que el desarrollo de esta habilidad llegará al desarrollo de las siguientes competencias que el profesional puede generar.

5.3. Actitudes

Desde hace aproximadamente 32 años la Medicina Familiar surge en el Ecuador como una especialidad de posgrado de las ciencias médicas con la finalidad de contar con una disciplina que deje atrás el modelo biológico adoptado por el sistema médico y se dedique a la atención médica con integralidad.

Promueve, a través de sus asociados, la atención de calidad y calidez, el trabajo en equipo, el respeto mutuo y a la diversidad, la actualización científica y humana permanente, la solidaridad para con la comunidad en general y la productividad científica.

Al implementarse el modelo de Atención Primaria en Salud incrementa también la necesidad de crear un cambio en el paradigma médico para lo cual se necesitó el personal que encaje en la visión de integralidad e interculturalidad promoviendo de esta manera la apertura de plazas dentro del MSP entre otras ramas para los profesionales en Medicina Familiar y Comunitaria. Como lo indica Mora, S., Dairo F. “Teniendo en cuenta estos conceptos y la indiscutible congruencia entre la Medicina Familiar y la

Atención Primaria en Salud, podemos afirmar que es esta especialidad, la efectora más idónea para realizar las intervenciones médicas necesarias en el contexto de la Atención Primaria en Salud.” (sf).

Es así también como lo expresa OTST22:

“el doctor al saber de mi estado no solo me atendió en el centro de salud, también vino a mi casa siempre mantuvo el debido respeto entendía mis expresiones y me indico que mejorara mis prácticas en cuanto a salud”.

Deducimos que los médicos de familia poseen competencias de atención integral y de comunicación intercultural sin embargo la actitud en relación a la movilidad humana se encuentra en crecimiento

En comparación con el VI Informe de exclusión social “en la atención primaria española con respecto a la atención de la población inmigrante se carece de una falta de sensibilización hacia la situación de estas personas sus necesidades y características, diferencias culturales, idiomáticas y de otro tipo lo que provoca situaciones de discriminación con respecto al resto de personas atendidas”. (2001).

La percepción de los pacientes en movilidad humana sobre la actitud con la que fueron atendidos por los profesionales de medicina familiar y Comunitaria no se encuentran explícita como una especialidad sino más bien le dan un nombre y apellido al profesional devengante de la misma y se asemeja al modelo de Purnell y Campinha quienes indican que es importante el deseo cultural que es la motivación personal de cada profesional, así como la conciencia cultural la misma que engloba el respeto y la eliminación de prejuicios para poder entender mejor las diferentes culturas y ser más sensible. (Marrero, 2013)

5.4. Guías anticipatorias de movilidad humana

En el modelo de Purnell toma a la sociedad como una comunidad grande de personas en continua multiculturalidad en la cual cada individuo tiene el derecho a ser respetado por su singularidad y herencia cultural.

Es por esto que los profesionales en medicina Familiar y Comunitaria requieren información general sobre la cultura e información específica acerca de guías anticipatorias para este grupo de población con el fin de proporcionar cuidados sensitivos y competentes.

Al existir poca información sobre la atención intercultural en salud y las competencias que el profesional médico debe tener para la atención de las personas en movilidad humana en el presente trabajo de investigación la percepción sobre esta

competencia fue que no existe una adecuada asesoría por desconocimiento del profesional ante esta competencia como lo indica OTBH28:

“sí, le pregunte al Dr. ¿Si sabe a dónde pueden ayudarme con la tarjeta de comida que daba el gobierno? Pero el Dr. me dijo que no tenía muy clara el tema y que iba a preguntar para poderme ayudarme en la otra cita médica, y no me dio mas soluciones al respecto de mi preocupación”

Por esto es de vital importancia lo que indica Campinha-Bacote que la Cultura del aprendizaje es un proceso continuado y desarrollado en una variedad de formas, pero principalmente por encuentros de culturas. (1999).

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

A pesar que la información sobre el tema es escasa ya que es un fenómeno relativamente nuevo en el país y más con la llegada de la ola migratoria de Venezuela para nosotros resultó interesante ver las percepciones sobre la atención medica en lo referente a competencias culturales de las personas en movilidad humana, las mismas que en ocasiones fue difícil ya que no se tiene claro la definición de las competencias culturales que el profesional de la salud debe otorgar.

Los resultados del este trabajo investigativo pone de manifiesto habilidades y actitudes del profesional en Medicina Familiar y Comunitaria sobre competencias culturales que aun cuando no estén explícitas como tal, las similitudes de un modelo de atención con enfoque biopsicosocial y espiritual enmarcan todas las competencia culturales identificadas en el presente trabajo de investigación dentro de las cuales se encuentra la comunicación como pieza angular de la competencia cultural puesto que dentro de un mismo país existen distintos dialectos y jergas que hacen entender que incluso una persona aunque resida e interactúe en su comunidad o entorno, debe también conocer y entender su propia cultura.

Otra de las competencias identificadas es lo referente a la atención integral que se asemeja a una atención intercultural ya que el profesional en Medicina Familiar y comunitaria al poseer un enfoque psicosocial y espiritual hace hincapié en el lugar de procedencia, organizaciones familiares, creencias religiosas, por lo tanto, analiza la herencia cultural, la cual queda patente en las actitudes y comportamientos de cada individuo.

Las competencias sobre actitud intercultural y guías anticipatorias en movilidad humana aún se encuentran en proceso de formación en cada profesional de medicina familiar ya que existen falencias en poder abstraer, interpretar, y proporcionar la adecuada información dentro del contexto intercultural.

La metodología utilizada fue la adecuada ya que nos permitió el análisis en profundidad a partir de la interpretación de cada experiencia individual en forma inductiva dando prioridad a la realidad de las personas en movilidad humana que participaron en el presente trabajo investigativo.

Otro resultado de importancia que se generó es el desconocimiento acerca del concepto “Persona en movilidad humana” del profesional devengante en Medicina Familiar y Comunitaria al ser un tema nuevo publicado en la legislación ecuatoriana.

Limitaciones del estudio

En este estudio no se logró contar con todos los participantes en movilidad humana planificados por las siguientes causales:

Entre las principales causas de ausentismo que se mencionaron fue que las personas se encuentran dentro de sus horarios de trabajo que en su mayoría son de tipo informales, por lo que no pudieron acudir a la reunión.

Otra de las causas de ausentismos tanto a los grupos focales como a las entrevistas es el temor que presentan las personas luego de que el gobierno decretara el uso de visa para el ingreso a territorio ecuatoriano, los representantes sociales que acudieron al llamado de grupos focales nos manifestaron el miedo de sus compatriotas a ser deportadas o que se les exigiese algún documento ya que al momento no tienen ninguno por lo que se consideran ilegales en nuestro país.

Este temor de deportación se extiende al Centro de Salud San Pablo del Lago, pero con una visión diferente a la de documentos ya que en este caso los ciudadanos extranjeros especialmente los de nacionalidad venezolana ya no se encuentran residiendo en este lugar luego de los acontecimientos suscitados el 22 de julio de este año como lo evidencia las páginas del diario el universo después de un intento de robo y de haberse aplicado la denominada “justicia indígena”, los ciudadanos extranjeros debieron salir de estas comunidades para evitar contratiempos con los lugareños, las pocas personas que quedan en estas comunidades sienten miedo por lo que se negaron a participar del estudio.

RECOMENDACIONES

A la población en movilidad humana se recomienda conformar organizaciones sociales para acceder al sistema de salud de una forma más equitativa.

La formación de los profesionales de salud puede considerarse uno de los pilares fundamentales en los que se asienta la adquisición de la competencia intercultural teniendo una concepción que atendemos a personas y a no a pacientes y que la población cambia y la forma de responder a este cambio sin alterar la atención sanitaria es adquiriendo habilidades de competencia cultural por lo que se recomienda reconocer nuestros propios filtros culturales y aumentar nuestros conocimientos sobre la cultura de un grupo que nos supone un desafío, los pacientes en movilidad humana.

Al Sistema Nacional de Salud regido por el MSP se recomienda incentivar a la formación de protocolos sobre atención con competencias culturales proporcionando al profesional las actitudes interculturales y guías anticipatorias para emplear en este grupo de población.

En la formación académica del profesional en Medicina Familiar y Comunitaria, ante los nuevos desafíos por la creciente población en movilidad humana del país se debería explicitar dentro del pensum académico la formación sobre competencia cultural, así como lo han implementado otros países como Australia quien tiene un amplio espectro de programas formativos integrados en clínica y competencia cultural, o Inglaterra que tiene como asignatura igualdad de razas.

REFERENCIAS:

Aguilera, R. (2013) Generación de geoinformación para la gestión del territorio a nivel nacional escala 1: 25000 (memoria técnica socioeconómica) instituto espacial ecuatoriano.

Alonso, A. Chiara, P. Metzner, N. (2016). Migraciones y Derechos Humanos. Reglas básicas para la aplicación de la normativa sobre movilidad humana en Ecuador.

Campinha-Bacote, Josepha. A Model of Practice to Address Cultural Competence in Rehabilitation Nursing [En línea] Journal of Nursing Education; Thorofare; May 1999

[Dirección general de planeación y desarrollo en salud \(2019\) Competencias Interculturales para el personal de Salud recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29312/CompetenciasInterculturales.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29312/CompetenciasInterculturales.pdf)

Duque, M. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades, Bogotá (Colombia), 9 (2): 123-138, Julio-diciembre de 2007.

Duque, M. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades, Bogotá (Colombia), 9 (2): 123-138, Julio-diciembre de 2007.

Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1989.

[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/guia/documentos/reforma/ACUERDO_49_19 - ZONA 1.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/guia/documentos/reforma/ACUERDO_49_19_-_ZONA_1.pdf)

Ley Orgánica de Movilidad Humana. (2017) Recuperado de:

<https://www.aduana.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/05/Ley-Organica-de-Movilidad-Humana.pdf>

Lucio, Ruth, Villacrés, Nilhda, & Henríquez, Rodrigo.

(2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s177-
s187. Recuperado de
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-
36342011000800013&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lng=es&tlng=es).

Malo, M., (2013) La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Primaria en Salud con
Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. *Paho*. Recuperado de:
[http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/09/Miguel-
Malo-Ecuador.pdf](http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/09/Miguel-Malo-Ecuador.pdf)

Marin, M. Garcia, A. & Troyano Y. (2016). *Modelo De Ocio Activo En Las Personas
Mayores: Revisión Desde Una Perspectiva Psicosocial*. SOCIOTAM. 16 (1)

Marrero González, CM. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la
práctica de los profesionales sanitarios. *ENE. Revista de Enfermería*. Ago. 2013.

Méndez, Manuel, Coordinador, “Orientaciones para la Interculturalidad, Valores
culturales dominantes”. Universidad Autónoma de Barcelona, Mayo 1997,
adaptado por la Dirección de Medicina Tradicional.

Ministerio de Salud Pública (2012) Manual del Modelo del Sistema integrado en salud
MAIS: recuperado de :
[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-
MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

Ministerio de Salud Pública (2014) *Creación de direcciones distritales*. Recuperado de:
Ministerio de salud pública, sistema nacional de salud recuperado de :
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D468.pdf

Modelo teórico citado por: Alda, M. García-Campayo, J. El médico y los problemas
psicológicos de la inmigración. *Revista de actualidad sociosanitaria*. RAS. 2003
(3):14-16 [En línea] <http://www.institutodebioetica.org/ras/ras03.pdf> [Última
consulta: 12:07:04]

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.

(2017). Ley Orgánica de movilidad humana. Recuperado de:

https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/decreto_111.pdf

Ramírez, J. (2014). Política migratoria en Ecuador: rupturas, tensiones, continuidades y desafíos. Quito, Ecuador: Editorial IAEN.

Sánchez, A. (2018). Los derechos de las personas en situación de Movilidad humana en Quito (dmq): percepciones de los Distintos actores involucrados a partir de la inmigración Venezolana (Tesis de Grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

Valdiviezo, D. (2012). Protocolo de Atención del Equipo Jurídico CMH Ecuador. Quito, Pichincha, Ecuador: Inédito. Pág. 06

BIBLIOGRAFIA:

1. Abril-Collado, Ramiro Orlando, & Cuba-Fuentes, María Sofía. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 31-36.
Recuperado de:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006
2. Aquiles, R., Sanchez, G. (2011) La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador una tarea en proceso. *Revista médica Vosandez*, 22(1) 5-8:
recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/215765224_La_definicion_del_perfil_profesional_del_medico_familiar_en_Ecuador_una_tarea_en_proceso
3. Carpio.A (2013). *La migración*. Recuperado de :
<http://www.libreroonline.com/ecuador/libros/9228/carpio-amoroso-luis/la-migracion.html>
4. Henao Delgado H, Villegas Villegas (1996) L Publisher: Icfes
5. Herrera, G. Castillo, M. & Torres,A. *La migración ecuatoriana, transnacionalismo, redes e identidades*. FLACSO. Quito-Ecuador. Recuperado de
https://flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/6417.migracion_ecuatoriana_transnacionalismo__redes_e_identidades.pdf
6. Historia-de-la-medicina-en-el-ecuador JournalArticle recuperado de:
<https://es.scribd.com/document/101051759/Historia-de-La-Medicina-en-El-Ecuador>
7. Instituto sudamericano de gobierno en salud UNASUR.(2013).recuperado de:
<http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>
8. Juan, M. (2014). Sistema Nacional de Salud Universal 2013-2018. Secretaria de salud México. Recuperado de :
http://www.senado.gob.mx/comisiones/seguridad_social/docs/Mesa05_2.pdf

9. Martínez, M. (2006) *La investigación cualitativa: síntesis conceptual*. IIPSI. 9 (1) pp 123-146.
10. Medicina familiar cumple 25 años en el Ecuador Journal Article. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/medicina-familiar-cumple-25-a-os-en-el-ecuador-87846>
11. Medicina-familiar,-cuenca-ecuador_-2012 JournalArticle Medicina Familiar, Cuenca-Ecuador_ 2012: recuperado de: <https://medicinafamiliarcuenca.blogspot.com/2012/>
12. Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo Integrado en Salud MAIS*. Recuperado de: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
13. Natalia Romero Rodrigo Díaz Erika Tinoco Mónica Valle. Atención Primaria vol. 38 issue 9 (2006) pp: 515-516 Published by Elsevier
14. Organización Panamericana de la Salud. (2008) *Perfil de los Sistemas de Salud Ecuador monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Recuperado de : http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Ecuador_2008.pdf
15. Prieto,D. (1985). Diagnóstico de la comunicación. Alemania. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/251968731/Diagnostico-de-Comunicacion-Prieto-Castillo-Daniel>
16. Quito, Ecuador: Fundación Esperanza y Servicio Jesuita a Refugiados.
17. Rige nuevo sistema de salud integral en Ecuador (2011, 1 de noviembre).*Ecuador inmediato.com*.
18. Romero, J. (2010, 26 de septiembre). Niveles de Atención en Salud. *Ya Salud*
19. Salinas,J.Gomez,J (2018) *La investigación cualitativa en la comunicación y sociedad digital: nuevos retos y oportunidades recuperado de:* https://www.researchgate.net/publication/325004636_La_investigacion_cualitativa_en_la_comunicacion_y_sociedad_digital_nuevos_retos_y_oportunidades_Qualitative_research_in_communication_and_digital_society_new_challenges_and_opportunities

20. Sánchez, A.(2018) *Los derechos de las personas en situación de movilidad humana en quito (DMQ): percepciones de los distintos actores involucrados a partir de la inmigración venezolana.* (Tesis de grado) Pontífice Universidad Católica del Ecuador. Quito.
21. Sautu, Ruth, Boniolo, Paula, Pablo, Elbert, Rodolfo.(2015) *La construcción del marco teorico en la investigación social.* Buenos Aires.Recuperado de:
[https://biblioteca virtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/método/RSCapitulo1.pdf](https://biblioteca.virtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/método/RSCapitulo1.pdf).
22. Simón Talero Martín. La entrevista clínica. En: Gil, V.F; Merino, J.; Quirce, F. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Univ. de Alicante, 1997. pag 321-348
23. Sistema continuo de reportes sobre migración internacional en las américas (SICREMI). (2011). *Ecuador - Síntesis histórica de las migración internacional en Ecuador.* Recuperado de:
<http://www.migracionoea.org/index.php/es/sicremi-es/17-sicremi/publicacion-2011/paises-es/106-ecuador-1-si-ntesis-histo-rica-de-las-migracio-n-internacional-en-ecuador.html>
24. Sola,J. (julio 2019). Como trabajar con datos cualitativos [diapositivas]
25. Vargas Luz, Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, vol. 4, núm. 8, 1994, pp. 47-53.
26. Vázquez Villegas, J. El Médico de Familia y la Atención en Consulta al Paciente Inmigrante. XV Congrés de la Societat Valenciana. de Medicina Familiar i Comunitària. Penñscola, 22 i 23 de maig de 2003

ANEXOS

GUIA SEMIESTRUCTURADA

INSTRUMENTO: GUIA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTEVISTA		
Provincia:	Cantón o Ciudad	Parroquia:
Dirección		
Fecha de aplicación de la entrevista		Numero de archivo:
Entrevistador/a:		

FICHA DE IDENTIFICACION	
Nombre:	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Número de personas que viven en su casa	
Tipo de familia	
Tipo de residencia	Temporalidad
Tipo de aseguramiento	
Religión	
Nivel de instrucción	
Ocupación	

ITEM	NARRATIVAS SOBRE LA ATENCION MEDICA DEL PROFESIONAL EN MFYC
	¿Cuánto tiempo le conoce usted al médico que le atendió?
	¿Conoce usted al médico de familia del subcentro de salud de su comunidad?

ITEM	CARACTERIZACION SOBRE LA ATENCION MEDICA DEL PROFESIONAL EN MFYC
Interculturalidad	¿En su opinión el médico le brindo una buena revisión médica: atendió su enfermedad y se preocupó por su estado emocional y espiritual?
Comunicación	¿En su opinión el médico le explico con palabras comprensibles y entendió el tratamiento prescrito?
Actitud	¿Cree usted que respetaron sus creencias, prácticas, y expresiones?
Guías anticipatorias	¿Le aconsejaron sobre las redes de apoyo que el gobierno ofrece para las personas en movilidad humana? ¿Le asesoraron sobre las políticas migratorias del país?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Estudio de la percepción de los pacientes en estado de movilidad humana sobre las competencias culturales en la atención médica otorgada por los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes del Distrito 10D02 en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019”

Estimado(a) Señor/Señora: Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por la PUCE en colaboración con el MSP . El estudio se realizará en las instalaciones de la Unidad “ Anidado Atuntaqui.”

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Procedimientos:

Como parte de su participación en el estudio le pedimos nos permita tomar fotografías/grabaciones, con objeto de obtener información más verídica.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por las fotografías/grabaciones que se le tomarán, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con los estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE para la elaboración del proyecto de tesis

Confidencialidad: Su nombre siempre será confidencial, ya que no se mencionará en las fotografías/grabaciones. Tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto, ni en la exposición/publicación de las mismas. Las fotografías/grabaciones original las conservará el investigador responsable en un lugar seguro.

Riesgos Potenciales/Compensación: “No hay riesgo alguno ya que no podrá ser identificado@ en las fotografías/grabaciones”. Usted no recibirá ningún pago por permitirnos tomar las fotografías/grabaciones y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación es totalmente voluntaria. Es decir, Usted no está obligado(a) a permitir que se le tome una fotografía. Tiene todo el derecho de negarse a participar y esta decisión no le traerá consecuencia alguna.

Números a Contactar:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador(a) responsable del proyecto: Md Ana Carrera 0999360929; Md Patricia Puedmag 0990074010

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Nombre del participante

Fecha

Firma.

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

Firma.

RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN



GRUPOS FOCALES





ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD



PROCESOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN







GRUPOS FOCALES

Objetivo(s) Investigación
Identificar las competencias culturales percibidas de la atención médica recibida por población en condiciones de movilidad humana que brindan los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes de la PUCE en el Distrito 10 D 02 en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019.

Nombre moderador
Dr. Ana Aurora
Nombre observador
Dr. Patricia Redmay

Lista de asistentes Grupo focal Otavalo.	
1	Oslo Roberto Gutierrez Jimenez 32. Venezuela
2	Balbino Dagmar. Hernandez 28. Venezuela
3	Guiselle Yngert Gonzalez Peralta 37. Colombia
4	Hailin. Lany Janampa 25. Venezuela
5	Paola Andrea Alvarez Melina 30. Venezuela
6	
7	
8	
9	
10	
11	

SCS San. Paye

Objetivo(s) Investigación
Identificar las competencias culturales percibidas de la atención medica recibida por población en condiciones de movilidad humana que brindan los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes de la PUCE en el Distrito 10 D 02 en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019.

Nombre moderador
Dra Patricia Redmay
Nombre observador
Dra. Ana Carrera.

Lista de asistentes Grupo focal			
1	Berta Lardes	Poca Laje	Sector Chamanal 28
2	Melanie Bravo		Quayaquil 18
3	Melisa Chancay		Quayaquil 26
4	Nadia Estela Rios		Riobamba 19
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

SCS Atuntaqui

Objetivo(s) Investigación
Identificar las competencias culturales percibidas de la atención médica recibida por población en condiciones de movilidad humana que brindan los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes de la PUCE en el Distrito 10 D 02 en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019.

Nombre moderador
Dra Ana Cuervo
Nombre observador
Dr. Patricia Redmay

Lista de asistentes Grupo focal	
1	Maria Valdez Alvarez Figueroa 45
2	Angela Antonia Villamizar 65
3	Carmen Elena Aranda Merchan 37
4	Adilias Angel Santeliz 52
5	Isabel Adriana Cordero Santeliz 28
6	Wilma Josefina Santeliz de Cordero 50
7	Yuloxi Amanda Maryella Rubio 64
8	
9	
10	
11	



SCS Nativela

Objetivo(s) Investigación
Identificar las competencias culturales percibidas de la atención medica recibida por población en condiciones de movilidad humana que brindan los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria devengantes de la PUCE en el Distrito 10 D 02 en el periodo comprendido de enero 2017 a marzo 2019.

Nombre moderador
Dra. Patricia Redmay
Nombre observador
Dra Ana Carrera.

Lista de asistentes Grupo focal	
1	Jaen Pail Sánchez Horbado [Lilí valle del Cauca, Colombia] 18
2	Maritza Elizabeth Daza de la Cruz Santa Domingo de los S 26
3	Ledy Marisol Mejía Pineros / Potosí Navino - Colombia. 24
4	Adilys Pedra [Venezolana] 23
5	Wilmer Hernández / Ipiales - Colombia. 28.
6	
7	
8	

ENTREVISTAS A

Católica del Ecuador
Facultad de Medicina
Posgrados

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Santa Fe de

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz
Patricia Elizabeth Puedmag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Sara Rocha (nombre del paciente), con CI: _____ que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

Sara Rocha
Firma del paciente

[Firmas de investigadores]
Firma del investigador

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Atunzaqui 2 Julio 2019

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz
Patricia Elizabeth Puedmag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Angel Antonio Villanizas (nombre del paciente), con CI: _____ que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

[Firma]
Firma del paciente

[Firmas de investigadores]
Firma del investigador

Facultad de Medicina
Posgrados

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Atunzaqui

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz
Patricia Elizabeth Puedmag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Edgar Zapata (nombre del paciente), con CI: HC 78802 que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

[Firma]
Firma del paciente

[Firmas de investigadores]
Firma del investigador

Católica del Ecuador
Facultad de Medicina
Posgrados

PUCE

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Nativila

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz
Patricia Elizabeth Puedmag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Angelica Quispe Jimenez (nombre del paciente), con CI: _____ que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

[Firma]
Firma del paciente

[Firma] [Firma]
Firma del investigador

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Medicina
Posgrados

PUCE

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Punapeo

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz
Patricia Elizabeth Puedmag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Yeriny Candela Muñoz (nombre del paciente), con CI: ACI 19334 que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

[Firma]
Firma del paciente

[Firma] [Firma]
Firma del investigador

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Medicina
Posgrados



PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Punapeo

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz
Patricia Elizabeth Puedmag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Yeriny Candela Muñoz (nombre del paciente), con CI: ACI 19334 que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

[Firma]
Firma del paciente

[Firma] [Firma]
Firma del investigador

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Punayo

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz

Patricia Elizabeth Puedmag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Amyhanli Marbella Ortega Goz (nombre del paciente), con CI: 26.430.226 que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

Amyhanli

Firma del paciente

[Firma] [Firma]

Firma del investigador

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Quito

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz

Patricia Elizabeth Puedmag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Scarlet Jovialba (nombre del paciente), con CI: 12.633.877 que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

[Firma]

Firma del paciente

[Firma] [Firma]

Firma del investigador



PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Otavalo, 14-08-19

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz

Patricia Elizabeth Pueomag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Ana Narcisca Chuaca Viesca (nombre del paciente), con CI: HCL 20821 que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

Chuaca Viesca

Firma del paciente

Ana Elizabeth Carrera De La Cruz Patricia Elizabeth Pueomag Yopez

Firma del investigador

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Otavalo

Investigadores: Ana Elizabeth Carrera De La Cruz

Patricia Elizabeth Pueomag Yopez

Distrito 10D02 Antonio Ante

Yo, Yoslenny Alejandra Mejias Gonzalez (nombre del paciente), con CI: 26.43.7125 que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

Yoslenny Alejandra Mejias Gonzalez

Firma del paciente

Ana Elizabeth Carrera De La Cruz Patricia Elizabeth Pueomag Yopez

Firma del investigador