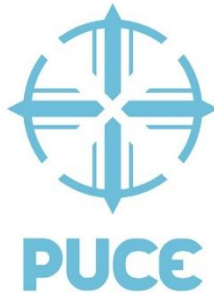


PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR



FACULTAD DE MEDICINA

**ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

TEMA:

**EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD,
LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CENTRO DE SALUD PUERTO
QUITO TIPO C. CANTÓN PUERTO QUITO. PROVINCIA
PICHINCHA. 2018-2019**

**DISERTACION PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
ESPECILISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORA: MD. JENNY VIVIANA BUSTOS YÉPEZ MG.

DIRECTOR: DR. ALEXIS RIVAS

TUTORES: DR. MAURICIO CUADRADO

DR. JOSÉ LUIS PROAÑO

SANTO DOMINGO 2018 - 2019

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi esfuerzo personal, a mis padres y esposo por todo su apoyo y a la salud pilar fundamental de mi carrera.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, el arquitecto de mi vida, quien me brinda el regalo de estar en este mundo cada día y a través de mis pasos ir cambiando el panorama de la salud.

Agradezco a mis pacientes por ser parte de este estudio y brindarme la apertura de aprender mediante la investigación y a mi tutor Dr. Alexis Rivas por su guía y consejo.

CONTENIDO

| | |
|-------------------------|------|
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Contenido..... | iv |
| Índice de gráficos..... | x |
| Índice de tablas..... | xi |
| Índice de anexos | xii |
| Resumen..... | xiii |
| Abstrac | xv |

CAPITULO I

| | |
|----------------------|---|
| 1. Introducción..... | 1 |
|----------------------|---|

CAPITULO II

| | |
|---|----|
| 2. Marco teórico..... | 5 |
| 2.1 Salud..... | 5 |
| 2.1.1 Ciclo de vida saludable..... | 6 |
| 2.2 Interculturalidad..... | 9 |
| 2.2.1 Diversidad social etnográfica, religión y cultural..... | 11 |
| 2.3 Atención sanitaria..... | 12 |
| 2.3.1 Calidad de los servicios de salud..... | 14 |
| 2.3.1.1 La salud como servicio..... | 14 |
| 2.3.1.2 La salud como derecho..... | 15 |
| 2.4 Relación médico paciente..... | 16 |
| 2.4.1 Tipos de relación..... | 17 |
| 2.4.2 Confianza..... | 19 |
| 2.5 Salud mental..... | 19 |

| | |
|--|----|
| 2.6 Salud sexual y reproductiva..... | 20 |
| 2.7 Consumo de sustancias..... | 22 |
| 2.8 Violencia social..... | 24 |
| 2.8.1 Tipos de violencia..... | 24 |
| CAPITULO III | |
| 3 Marco metodológico..... | 26 |
| 3.1 Metodología..... | 26 |
| 3.2 Justificación..... | 29 |
| 3.3 Pregunta de investigación..... | 30 |
| 3.4 Objetivos..... | 30 |
| a. General..... | 30 |
| b. Específicos..... | 30 |
| 3.5 Hipótesis..... | 31 |
| 3.6 Unidad de investigación..... | 31 |
| 3.6.1 Marco Geográfico..... | 31 |
| 3.6.2 Factores protectores del entorno geográfico..... | 31 |
| 3.6.3 Límites..... | 32 |
| 3.6.4 Coordenadas..... | 32 |
| 3.6.5 Cuencas hidrográficas..... | 33 |
| 3.6.6 Accesibilidad general del territorio..... | 33 |
| 3.6.7 Distribución espacial de la población..... | 34 |
| 3.6.8 Reseña histórica..... | 36 |
| 3.6.9 Características socio-ambientales..... | 37 |
| 3.6.9.1 Situación ambiental..... | 37 |
| 3.6.9.1.1 Aire..... | 37 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 3.6.9.1.2 | Agua..... | 38 |
| 3.6.9.1.3 | Suelo..... | 39 |
| 3.6.10 | Amenazas Naturales..... | 40 |
| 3.6.11 | Amenazas provocadas por el desarrollo..... | 41 |
| 3.6.12 | Características demográficas de la población..... | 42 |
| 3.6.12.1 | Crecimiento de la población..... | 42 |
| 3.6.13 | Población por estado civil..... | 44 |
| 3.6.14 | Población por área de residencia..... | 45 |
| 3.6.15 | Tasa de migración..... | 46 |
| 3.6.16 | Nacimientos y defunciones..... | 46 |
| 3.6.17 | Características socio-culturales de la población..... | 46 |
| 3.6.18 | Cultura y patrimonio..... | 48 |
| 3.6.18.1 | Patrimonio tangible..... | 48 |
| 3.6.18.2 | Patrimonio intangible..... | 49 |
| 3.6.18.3 | Cultura alimentaria..... | 49 |
| 3.6.18.4 | Ciclos festivos..... | 50 |
| 3.6.19 | Organización administrativa del cantón..... | 51 |
| 3.6.20 | Características de la situación social de la población..... | 51 |
| 3.6.21 | Factores protectores..... | 52 |
| 3.6.22 | Características económicas..... | 53 |
| 3.6.23 | Matriz productiva..... | 54 |
| 3.6.23.1 | Agricultura..... | 54 |
| 3.6.23.2 | Ganadería..... | 55 |
| 3.6.23.3 | Pesca..... | 56 |
| 3.6.23.4 | Comercio..... | 56 |

| | | |
|----------|--|----|
| 3.6.23.5 | Turismo..... | 57 |
| 3.6.23.6 | Industria..... | 59 |
| 3.6.24 | Población económicamente activa..... | 59 |
| 3.6.25 | Perfil ocupacional..... | 60 |
| 3.6.25.1 | Actividad Laboral..... | 60 |
| 3.6.25.2 | Pobreza y NBI..... | 60 |
| 3.6.26 | Perfil educacional..... | 61 |
| 3.6.26.1 | Nivel de Instrucción..... | 61 |
| 3.6.26.2 | Analfabetismo..... | 62 |
| 3.6.26.3 | Deserción escolar..... | 62 |
| 3.6.26.4 | Educación a personas con capacidades especiales..... | 63 |
| 3.6.26.5 | Cobertura e infraestructura en educación..... | 64 |
| 3.6.27 | Características del perfil de salud..... | 65 |
| 3.6.27.1 | Morbilidad..... | 65 |
| 3.6.27.2 | Mortalidad..... | 67 |
| 3.6.27.3 | Tasa de fecundidad..... | 67 |
| 3.6.28 | Oferta del servicio de salud..... | 68 |
| 3.6.28.1 | Medicina ancestral y alternativa..... | 70 |
| 3.6.29 | Vivienda y servicios básicos..... | 71 |
| 3.6.29.1 | Infraestructura básica..... | 72 |
| 3.6.29.2 | Acceso a los servicios de saneamiento..... | 73 |
| 3.6.29.3 | Servicio eléctrico..... | 73 |
| 3.6.29.4 | Servicio de telefonía e internet..... | 74 |
| 3.6.29.5 | Eliminación de desechos..... | 74 |
| 3.6.29.6 | Animales domésticos y de corral..... | 76 |

| | | |
|------------|---|----|
| 3.6.30 | Protección social de la población..... | 76 |
| 3.6.30.1 | Programas y proyectos de protección social..... | 76 |
| 3.6.30.1.1 | Bono de desarrollo humano..... | 76 |
| 3.6.30.1.2 | Bono para la tercera edad..... | 77 |
| 3.6.30.1.3 | Pensión para personas con capacidades especiales..... | 77 |
| 3.7 | Estrategia metodológica..... | 77 |
| 3.8 | Tipo de estudio..... | 78 |
| 3.8.1 | Criterios de inclusión..... | 78 |
| 3.8.2 | Criterios de exclusión..... | 78 |
| 3.8.3 | Universo y selección de informantes..... | 79 |
| 3.8.4 | Selección de informantes..... | 79 |
| 3.8.5 | Informantes: descripción sociodemográfica..... | 81 |
| 3.8.6 | Informantes: etnografía sobre experiencias y trayectorias en torno a la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente..... | 86 |
| 3.8.7 | Aspectos bioéticos..... | 90 |
| 3.8.8 | Recolección de la información etnográfica..... | 91 |
| 3.8.9 | Plan de análisis de datos..... | 91 |
| 3.8.10 | Identificadores de los sujetos informantes..... | 91 |
| 3.8.11 | Indicadores cualitativos..... | 92 |
| 3.8.12 | Wordsalad..... | 94 |
| 3.8.13 | Modelo grafico sistemático de salud/ enfermedad de Giddens (2004)..... | 94 |
| 3.9 | Limitaciones del estudio..... | 95 |

CAPITULO IV

Resultados

| | |
|--|------------|
| 4.1 Definición de salud..... | 96 |
| 4.2 Relación Médico - Paciente..... | 103 |
| 4.3 Calidad de los Servicios de Salud..... | 108 |
| 4.4 Salud mental..... | 113 |
| 4.5 Salud sexual y reproductiva..... | 120 |
| 4.6 Embarazo, parto y puerperio..... | 127 |
| 4.7 Muerte y duelo..... | 133 |
| 4.8 Consumo de sustancias..... | 142 |
| 4.9 Violencia social..... | 148 |
| 4.10 Historias de vida..... | 154 |
| CAPITULO V | |
| 5 Conclusiones..... | 171 |
| CAPITULO VI | |
| 6 Recomendaciones..... | 175 |
| Bibliografía..... | 177 |
| Anexos..... | 180 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Cultivos del Cantón..... | 39 |
| Figura 2. Pirámide poblacional..... | 44 |
| Figura 3. Cultura alimentaria..... | 50 |
| Figura 4. Turismo..... | 58 |
| Figura 5. Datos demográficos Sexo | 83 |
| Figura 6. Datos demográficos Edad..... | 83 |
| Figura 7. Datos Demográficos Estado civil..... | 84 |
| Figura 8. Datos demográficos Instrucción..... | 84 |
| Figura 9. Datos demográficos Actividad..... | 85 |
| Figura 10. Modelo de Giddens A. 2004..... | 94 |
| Figura 11. Salud | 96 |
| Figura 12. Modelo Giddens – Salud..... | 102 |
| Figura 13. Relación Médico Paciente | 103 |
| Figura 14. Modelo Giddens Relación Médico Paciente..... | 107 |
| Figura 15. Calidad de los Servicios de Salud..... | 108 |
| Figura 16. Modelo Giddens Calidad de los Servicios de Salud..... | 112 |
| Figura 17. Salud mental..... | 113 |
| Figura18 Modelo Giddens Salud mental..... | 119 |
| Figura 19. Salud Sexual y Reproductiva..... | 120 |
| Figura 20. Modelo Giddens Salud Sexual y Reproductiva..... | 126 |
| Figura 21. Embarazo, parto y postparto..... | 127 |
| Figura 22. Modelo Giddens Embarazo, parto y postparto..... | 132 |
| Figura 23. Muerte y duelo..... | 133 |
| Figura 24. Modelo Giddens Muerte y duelo..... | 141 |

| | |
|---|-----|
| Figura 25. Consumo de sustancias..... | 142 |
| Figura 26. Modelo Giddens Consumo de Sustancias..... | 147 |
| Figura 27. Violencia Social..... | 148 |
| Figura 28. Modelo Giddens Violencia Social..... | 153 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Marco geográfico..... | 31 |
| Tabla 2. Características del cantón..... | 32 |
| Tabla 3. Área Urbana del cantón..... | 34 |
| Tabla 4. Área rural del cantón..... | 35 |
| Tabla 5. Área rural recintos pequeños..... | 35 |
| Tabla 6. Crecimiento poblacional..... | 43 |
| Tabla 7. Estado Civil de la población..... | 45 |
| Tabla 8. Nacimiento y defunciones..... | 46 |
| Tabla 9. Auto identificación Étnica..... | 47 |
| Tabla 10. Estructura organizacional del GAD municipal..... | 51 |
| Tabla 11. Casos de violencia..... | 52 |
| Tabla 12. Matriz productiva..... | 54 |
| Tabla 13. Selección de informantes..... | 81 |
| Tabla 14. Variables Cuantitativas..... | 81 |
| Tabla 15. Variables Cualitativas..... | 87 |
| Tabla 16. Identificadores..... | 92 |
| Tabla 17. Indicadores Cualitativos..... | 92 |
| Tabla 18. Testimonio Salud..... | 102 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 19. Testimonios Relación médico paciente..... | 106 |
| Tabla 20. Testimonios Calidad de los Servicios de Salud..... | 112 |
| Tabla 21. Testimonio Salud mental..... | 118 |
| Tabla 22. Testimonios Salud sexual y reproductiva..... | 125 |
| Tabla 23. Testimonios Embarazo, Parto y Postparto..... | 131 |
| Tabla 24. Testimonios Muerte y duelo..... | 140 |
| Tabla 25. Testimonio Consumo de sustancias..... | 146 |
| Tabla 26. Testimonios Violencia Social..... | 152 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| Anexo 1. Asentimiento Informado para padres..... | 181 |
| Anexo 2. Consentimiento de menores de edad..... | 182 |
| Anexo 3. Consentimiento de mayores de edad..... | 183 |
| Anexo 4. Consentimiento Historia de Vida..... | 184 |
| Anexo 5. Consentimiento grupo Focal..... | 185 |
| Anexo 6. Cuestionario para entrevista estructurada..... | 186 |
| Anexo 7. Cuestionario de Historia de vida..... | 188 |

RESUMEN

La etnografía desde su etimología se dedica a la descripción de las características de la cultura de un pueblo, para el Médico Familiar es importante abarcar este tipo de conocimiento para poder elaborar una relación reforzada con sus pacientes y la comunidad a la cual brinda su contingente en el sector salud.

Hay que destacar que el médico no debe ser visto solo como aquel que cura las enfermedades, sino como agente social de cambio, al inmiscuirse y adentrarse en el diario vivir de la gente a la que atiende.

Esta investigación buscó abarcar temas comunes, pero poco estudiados en cuanto a percepción de las personas sobre diferentes problemáticas en la comunidad de Puerto Quito.

Objetivo: Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente Centro de Salud Puerto Quito Tipo C. Cantón Puerto Quito. Provincia de Pichincha. 2018-2019

Metodología: La presente investigación se realizó con la participación de 38 personas pertenecientes a la comunidad de Puerto Quito, usuarios del sistema público de salud, a quienes se les elaboró a base de entrevistas, un estudio etnográfico como herramienta del método cualitativo, para poder abarcar el mayor número de experiencias y trayectorias en base a diferentes temas como fueron: salud, enfermedad, muerte, duelo, drogas, sexualidad, embarazo parto y puerperio y violencia; así como evaluar la calidad de los servicios de salud y la relación médico paciente que se mantiene, concentrando categorías para su análisis y comprensión.

Resultados: Los resultados obtenidos abarcan diferentes definiciones de salud y su relación con el trabajo, la alimentación y la ausencia de enfermedades crónicas así como la

juventud, la relación médico paciente es fundamentada en la confianza que este le brinde y el carisma del galeno que le atienda, la calidad de los servicios de salud que interpretan los usuarios es a base de la existencia de medicamento o la realización de exámenes dentro de la institución de manera gratuita, la salud mental así como la sexualidad son temas tabú que la gente conserva, la etapa del embarazo y parto han cambiado con el paso de tiempo y la construcción de un espacio físico adecuado para su atención en la institución de salud es una ente importante para que las mujeres de la comunidad ya no den sus partos en caso y se disminuya así la mortalidad materna neonatal, la muerte y el consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas son motivo de tristeza y preocupación en la comunidad, además del tema de violencia social que se encuentra en vigencia sobre todo de manera intrafamiliar y de género.

Conclusiones: El desconocimiento de las personas en cuanto a este tipo de temas hace que dentro de comunidad de Puerto Quito, exista un incremento alarmante en situaciones de violencia, prostitución, drogas, embarazos no deseados, disertación escolar; que se vuelven un problema no solo para el Ministerio de Salud Pública y los médicos de familia sino a nivel país.

Palabras claves: Etnografía, Método Cualitativo, Sexualidad

SUMMARY

Ethnography from its etymology is dedicated to the description of the characteristics of culture of a people, the family physician is important to cover this type of knowledge to develop a stronger relationship with their patients and the community which provides its contingent in the health sector. It is noteworthy that the doctor should not be seen only as one who cures diseases, but as a social change agent, and input to meddle in the daily lives of people it serves.

This study sought to cover common issues, but little studied for perception of people about different issues in the community of Puerto Quito.

Objective: Describe and analyze the construction of multiculturalism, health care and the doctor-patient relationship Health Center Puerto Quito Puerto Quito Type C. Canton. Pichincha Province. 2018-2019

Methodology: This research was conducted with the participation of 38 people belonging to the community of Puerto Quito, users of the public health system, to who were prepared based on interviews, an ethnographic study as a tool of qualitative method, in order to cover the greatest number of experiences in Based on different subjects like were: health, disease, death, bereavement, drugs, sexuality, pregnancy, childbirth and postpartum and violence; and to evaluate the quality of health services and the doctor-patient relationship is maintained, concentrating categories for analysis and understanding.

Results: The results cover different definitions of health and their relationship work, food and absence of chronic diseases as well as youth, the doctor-patient relationship is based on trust that this will provide and charisma the doctor who treats you, the quality of health services is interpreted users based on the existence of drug or conducting examinations within the institution for free, mental health and sexuality are taboo topics that people

preserves, the stage of pregnancy and childbirth have changed over time and construction of adequate physical space for care in the health institution is an entity important for women of the community no longer give their births and decrease case neonatal and maternal mortality, death and consumption of substances both legal and illicit cause for sadness and concern in the community, besides the issue of violence social that is in effect on all manner of domestic and gender.

Conclusions: The ignore people regarding such issues makes community in Puerto Quito, there is an alarming increase in situations violence, prostitution, drugs, unwanted pregnancies, school dissertation; they become a problem not only for the Ministry of Public Health and family physicians but at the level country.

Keywords: Ethnography, Qualitative Method, Sexuality

CAPITULO I

1. Introducción

La antropología en la medicina actual, juega un papel importante en el despliegue de conocimiento que se tiene sobre la medicina tradicional y la medicina occidental y ayuda al entendimiento de los diferentes pensamiento, costumbres o percepciones de la gente sobre el tema salud-enfermedad, relación médico-paciente y los servicios del sistema de salud, sirviéndose de la sociología; “Aprender a pensar sociológicamente -en otras palabras, usar un enfoque más amplio- significa cultivar la imaginación.”(Giddens A. 2000, p30)

La antropología no sirve para desmentir o ilegitimar las teorías sociales o culturales, por el contrario, apoya al razonamiento y a la aceptación de los pensamientos, sean mágicos o religiosos, conociendo e involucrando a la gente de una zona en especial, para que no se pierdan sus costumbres y raíces y llevando a la medicina y al médico como tal, a un nivel que le permita entrar y entender a la población a la que brinda su contingente, para mejorar el tema de servicios y demandas sociales, cumpliendo con el verdadero propósito de la medicina.

“Este proceso permanente de construcción y reconstrucción de la vida social se basa en los significados que las personas atribuyen a sus acciones, pero éstas pueden tener consecuencias diferentes a las deseadas.” (Giddens A. 2000, p33). La atención sanitaria hoy por hoy, busca llegar a todos los rincones del país, busca alcanzar las metas globales planteadas, como disminución de mortalidad materna e infantil, erradicación de algunas enfermedades y coberturas altas en vacunación, pero para ello es importante la convivencia diaria del médico con la gente de la comunidad, porque debe aprender no solamente las costumbres sino entender la ideología que mueve a las personas para mejorar la relación médico-paciente y de esta forma construir un sistema que ayude al médico a entender la

percepción de la gente sobre sexualidad, parto y muerte, lo cual llevara a mejorar la calidad de los servicios de salud dentro del país.

El médico, no debe tratar de imponer un estilo de vida, no puede llegar y aplicar modelos de atención a un lugar que no conoce, no puede burlarse de las creencias de un pueblo, la evidencia y la ciencia nos enseñan a ser objetivos y drásticos, pero depende del médico conservar la humanidad de la medicina, creer y respetar las costumbres ancestrales y no intentar cambiarlas porque la norma o el protocolo lo estandariza.

A nivel mundial la antropología ayuda a entender el desarrollo de la humanidad, la aparición y muerte de muchas culturas; es por ello que desde mediados del siglo XIX, se decide hacer la antropología una ciencia, que en lo posterior vio la necesidad de realizar tareas de campo y se fue acomodando a todas las asignaturas pues salieron temas de importancia pública que no solo conciernen a la parte social, sino, a la parte médica, a la psicológica y es que de esta nace también la antropología médica. (Kottow, 2006, p30)

En latino américa la antropología médica como la etnomedicina se encargan de valorar la percepción de la salud-enfermedad en los diferentes pueblos y ciudades, lo cual ha servido para elaborar leyes gubernamentales y de estado que ayuden a mejorar la atención sanitaria y sobre todo ayude al médico a entender al paciente afianzando con esto su relación, creando un verdadero vínculo para llegar a una auténtica curación de la enfermedad a través de bases científicas y normas.

Los estudios antropológicos iniciaron analizando costumbres ancestrales y socializando con la gente la importancia de los cambios de estilos de vida, como estos pueden ayudar a tener, en el caso de las mujeres en edad fértil, un embarazo más llevadero, un duelo mejor superado, y por ende también la sociedad se ha nutrido de estas investigaciones pues se puede entender de mejor manera el comportamiento de la gente frente a un problema de violencia o drogadicción.

Entralgo P. (1985) expresa: “Llamo antropología médica al estudio y conocimiento científico del hombre en cuanto sujeto que puede padecer enfermedad, en cuanto que de hecho la está padeciendo, en cuanto que puede ser técnicamente ayudado a librarse, de ella, si la padece, y de llegar a padecerla, si está sano, y en cuanto que puede morir, y a veces muere, como consecuencia de haberla padecido”. (p:31)

En Ecuador, así como en el resto de países se ha estudiado diferentes características de la etnografía, y por ello con este estudio se busca contribuir con la investigación antropológica que nos guíe a entender los diferentes pensamiento y conceptos que tiene la gente.

El objetivo de esta investigación es describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente a través de temas como: salud, enfermedad, muerte, problemas mentales, duelos, y en los cuales el personal sanitario puede intervenir para apoyar al desarrollo social y superación de barreras etnográficas.

En provincias de la costa, sierra y oriente la manera de asimilar los problemas de salud es muy diferente, los embarazos en muchos casos son razón de alegría, pero en otros en donde la religión y las “buenas costumbres” priman, puede ser tomado como deshonra y vergüenza, igualmente el matrimonio o la pérdida de un ser querido, pueden volverse fiestas de gran algarabía.

La problemática social como el alcoholismo, drogadicción o prostitución son temas tabú, que mucha gente se niega a asimilar, así como los problemas mentales como la depresión o la esquizofrenia que aún se cree que son efecto de un mal espíritu o un castigo que los padres o familia de las personas que lo sufren, deben pagar por alguna deshonra a Dios o andar en malos pasos. “La sociología puede señalarnos el camino del autoconocimiento, es decir, de una mayor comprensión de uno mismo. Cuanto más sepamos acerca de por qué

actuamos como lo hacemos y sobre el funcionamiento general de nuestra sociedad, más posible será que podamos influir en nuestro propio futuro.” (Giddens A. 2000, p33).

Esta investigación busca ayudar a la comprensión de todos estos sucesos para reorganizar el trabajo que realiza el médico con el paciente de su comunidad, es un incentivo para el personal de salud para que entienda la problemática de su sociedad y ofrezca una guía y compromiso con el trato de su paciente y lo ayude al manejo de sus problemas de salud no de una forma impositiva sino de una forma que llegue a realizar un verdadero cambio en la forma de vida de los individuos y sus familias

La presente investigación se abordó de la siguiente manera:

- ❖ Capítulo I Introducción
- ❖ Capítulo II Marco Teórico
- ❖ Capítulo III Metodología
- ❖ Capítulo IV Análisis de resultados
- ❖ Capítulo V Conclusiones
- ❖ Capítulo VI Recomendaciones
- ❖ Referencias Bibliográficas
- ❖ Anexos

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1 Salud

La salud se define de varias maneras como, por ejemplo: el estado de no enfermedad, de auténtico bienestar, pero se ha establecido que no es solo la ausencia de enfermedad física como una gripe o un cáncer sino, que comprende el bienestar en las tres esferas que comprenden un individuo como son biológica, psicológica y social, la homeostasis entre estas conforman un verdadero individuo sano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946 y firmada por los representantes de 61 Estados, estableció que la salud es el completo bienestar del ser humano, esta afirmación entró en vigor el 7 de abril de 1948, y no ha sido modificada hasta el momento.

Una vida humana en que el malestar físico, social y mental haya sido totalmente eliminado -y a fortiori una sociedad entera- son, sin duda, metas a las que es posible aproximarse, más aún, a las que es deber aproximarse con empeño; pero no parece que tal aproximación, ni siquiera suponiéndola creciente, acabe siendo real y efectiva llegada. (Entralgo 1985, p 180)

En 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, reitera lo dicho por la OMS y afirma que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud para complementar todos los parámetros.

Y al convertir a la salud en un derecho, los gobiernos de los países en el mundo implementaron artículos y leyes que garantizan el servicio de salud a cada individuo, dando un enfoque social y humano por que es obligación de cada país cuidar la salud de su pueblo es por ello que en esta misma conferencia se crean los principios de la atención primaria en salud la que basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, garantiza su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Se plateó además que “es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo” (OMS, 1978) , todas estas ideas se plantearon al calor de la esperanza que guardaban de eliminar las epidemias que los castigaban en aquel entonces, queriendo un mundo en el que la humanidad trabaje conjuntamente y en armonía, sin darse cuenta que las guerras continuarían y aparecerían nuevas enfermedades peores que azotarían a la población.

2.1.1 Curso de vida saludable

Tema estudiado por la OMS (2016) Y Organización Panamericana de la salud (OPS,2016) y algunos otros personajes, como Giddens en su libro de Sociología tercera edición, que se basa en el cuidado, los cambios temprano y los ciclos o etapas que siguen los individuos

en cuanto a su desarrollo, como cambian la perspectiva del mundo desde el nacimiento hasta llegar a ser individuos pensantes que buscan tener calidad de vida hasta la vejez.

Entralgo (1985) menciona “Entendiendo por «cambio vital del hombre» el constante e inexorable caminar de su realidad desde su nacimiento hasta su muerte, cabe discernir en él su unidad total, la biografía, y las varias subunidades o modos parciales de su mudanza, la fase, las vidas sucesivas y complementarias, la serie típica, el ciclo y el cambio de estado. (p:74)

Los estadios del ciclo vital tienen una naturaleza tanto social como biológica. Reciben la influencia de las diferencias culturales y de las circunstancias materiales en las que vive la gente en determinados momentos. (Giddens A. 2004)

La detección temprana de enfermedades no nos garantiza una curación o una restitución exitosa de salud, ya que existe factores predisponentes desde la concepción del individuo, por lo cual es fundamental actuar desde el embarazo garantizando un mejor componente biológico psíquico y social para que todos los factores externos predisponentes de diferentes patologías en el transcurso de vida del individuo no predispongan patologías catastróficas.

Dentro de la políticas publicas ya se estudian las alternativas y soluciones a algunos de los problemas actuales identificados en los diferentes grupos de edad y en diferentes partes del cuerpo, se han concebido estrategias y planes de acción para prevenir epidemias este trabajo requiere la conexión entre sectores sociales y gubernamentales, incluidos todos los poderes de un estado, lo cual garantizara un mejor control del sector de la salud, así como la prestación equitativa de los servicios, el financiamiento suficiente, un personal sanitario bien preparado, sistemas de información y la disponibilidad de medicamentos y tecnologías, logrando así que todas las personas tengan garantizada una atención integral individual y familiar sin importar su localización demográfica.

Entre los temas abarcados para lograr dichas ideas se han propuesto desde mejoramiento en controles prenatales, practicas adecuadas de crianza, lactancia materna, alimentación complementaria, vacunación y vitaminas necesarias, así como las socialización y cumplimiento de los derechos sociales, económicos y culturales de los niños.

“Cuando existe un sistema de grados de edad, por ejemplo, junto a una serie de ritos particulares que señalan la transición de una persona a la madurez, el proceso de desarrollo psicosexual resulta por lo general más sencillo.” (Giddens, 2000, p 70). Entonces se entienden los diferentes cambios que surgen en la vida de una persona y lo importante que es para la salud y los médicos el entender a todos los grupos etarios.

En el transcurso de las fases vitales se presentan «ciclos» y «ritmos». En lo que tiene de más personal, la vida humana transcurre linealmente, sean la recta o el zigzag la forma de tal linealidad. (Entralgo, 1985, p85)

En los primeros años de vida el ser humano busca desarrollarse en todos sus ámbitos; “Recibiendo según su peculiaridad somática y su peculiaridad psíquica lo que el mundo le da, el niño va a la vez constituyéndose como persona en acto, personalizándose, y convirtiéndose en incipiente sujeto social, socializándose”. (Entralgo, 1985, p78)

A medida que el sujeto crece va cambiando ciertas características tanto físicas como mentales entonces; “Toda una serie de notas somáticas hacen patente el tránsito; muy en primer término, las de carácter sexual.” (Entralgo, 1985, p78) y se desarrollan gustos y afinidades que luego en la edad adulta se definirán.

La juventud adulta, por ejemplo, parece estar convirtiéndose en una etapa específica del desarrollo personal y sexual de las sociedades modernas. Particularmente entre los grupos más acomodados, pero no sólo en ellos, la gente, en sus primeros veinte años, "se toma su tiempo" para viajar y explorar filiaciones sexuales, políticas y religiosas. (Giddens, 2000, p 70).

Las personas adultas jóvenes, hoy por hoy, pueden aspirar a una vida que se prolongue hasta la vejez. En la época premoderna pocos podían confiar en un futuro tal. (Giddens, 2000, p 71). En siglos anteriores la esperanza de vida era mucho menor por lo cual llegar a cierta edad era considerado por algunos tener pacto con alguna deidad o su contrario ya que las pestes y las enfermedades siempre estaban a la orden del día, hoy con el avance de la tecnología y la ciencia la esperanza de vida se prolonga y es evidente el deseo de vivir que tienen las personas.

En el pasado las personas de edad disfrutaban de un profundo respeto. Los "ancianos" solían tener mucho que decir -a menudo la última palabra- en cuestiones importantes para el conjunto de la comunidad, ahora se ven relegados de las familias y en ocasiones sufren de abandono y penurias. (Giddens, 2000)

Además de darle el pues que corresponde a los grupos considerados vulnerables y con discriminación como los LGBTI quien así como menciona Giddens (2000): “El hecho de que una persona se autodefina, en principio, como hombre o como mujer, con la multitud de actitudes, ideas y deseos que acompañan a esa identificación, depende de la etiqueta que se le haya adjudicado a esa persona cuando era pequeña”, la sociedad desde el nacimiento impone o dicta de manera estricta la auto identificación sin dejar la opción de escoger o de sentirse, llevando a si a temas y peleas controversiales sobre la ideología de género, religión y derechos sexuales.

2.2 Interculturalidad

En todo el mundo encontramos muchas culturas, distribuidas geográficamente, pero que, pese a límites o fronteras se han ido mezclando a través de los tiempos, lo que provoca que dentro de un mismo sitio, provincia o cantón se encuentre una riqueza en costumbres y dialectos, a esto llamamos interculturalidad. “La cultura tiene que ver con las formas de

vida de los miembros de una sociedad o de sus grupos. Incluye el modo de vestir, las costumbres matrimoniales y la vida familiar, las pautas laborales, las ceremonias religiosas y los pasatiempos.” (Giddens, 2000, p 44)

La cultura posee una descripción antropológica incuestionable, sus diferentes conceptualizaciones teóricas, sus implicaciones metodológicas y sus indudables derivaciones ideológicas son elementos imprescindibles para comprender los actuales proyectos sobre la diversidad, el multiculturalismo y la interculturalidad. (Gómez, 2010, p13)

La dinámica cultural implica procesos de entorno interno, aquellos que permiten compartir saberes grupales y que se presentan como métodos educativos fundamentalmente intergeneracionales: la lengua materna, las costumbres, tradiciones, mitos, ritos, la alimentación y la historia grupal son ejemplos presentes en todo grupo social. Cada sociedad inventa las formas de satisfacer sus necesidades primarias y secundarias, generando recuerdos culturales específicas es decir que cada grupo construye su propia cultura, no significa que éstos vivan solitarios unos de otros, por el contrario, el contacto cultural es, y ha sido, siempre una constante. (Gómez, 2010, p14)

Muchas veces, el discurso formal lleva a usar palabras como grupos étnicos, sociedades o culturas; sin embargo, estas entidades nunca se expresan en abstracto, sino por la acción de sujetos portadores de cultura. A partir de lo antes mencionado, es posible sostener que las relaciones interculturales han existido desde mucho antes del advenimiento de la globalización y la modernidad; además, la antropología las ha hecho objetos de reflexión, al igual que otros procesos como el cambio cultural. Los conceptos de aculturación, transculturación, difusión o cambio cultural refieren al proceso mediante el cual una cultura entra en contacto con otra, y producto de esta relación, ambas exhiben diferentes tipos de cambios. (Gómez, 2010, p14)

2.2.1 Diversidad social etnográfica, religiosa, cultural

La variabilidad de los pueblos se distingue por sus diferencias: su forma de vestir, de hablar de comportarse, así como de la religión que profesan y las costumbres que pasan de una generación a otra. (Giddens, 2000, p44)

Así tenemos en el mundo una diversidad social etnográfica importante que obligada por la globalización y desarrollo de los países obliga a unos y otros a buscar la forma de vivir de la mejor manera, creando o ideando nuevas fuentes de ingreso para no caer en las manos de la pobreza que la sociedad tanta condena.

En el mundo encontramos un sin fin de religiones, las mismas que crean amistadas o provocan guerras, pues pasan de la oración al fanatismo y profesan odio y diferencias en lugar del amor y paz que está escrito en sus libros. En base a estos multitudinarios grupos también el investigador encuentra su campo de acción y ejerce su oficio para practica y ayuda del mundo.

Durante siglos las culturas mantienen sus tradiciones y es obligación del etnógrafo a través de la investigación, dar a conocer las vivencias lo los diferentes pueblos, su forma de percibir el nacimiento y muerte o su paso de la niñez a la adolescencia y a la adultez, esto ayuda a preservar y dar a conocer la información de la rica diversidad cultural de nuestra tierra.

“Ninguna cultura podría existir sin sociedad, pero, del mismo modo, no puede haber una sociedad carente de cultura. Sin cultura no seríamos en absoluto "humanos", en el sentido en que normalmente entendemos este término.” (Giddens, 2000, p45)

2.3 Atención sanitaria

Son el conjunto de normas y lineamientos necesarios para brindar atención medica optima a los diferentes grupos de personas en diferentes edades, que tiene como finalidad la prevención, tratamiento control y rehabilitación de los individuos enfermos. (OMS, 2019)

“Muchos países están encontrando dificultades para responder al crecimiento de los costes y a la demanda de mayor calidad o de mejora en la accesibilidad a la atención sanitaria. Sin embargo, por su complejidad innata al sector, los beneficios derivados de las distintas reformas que se han topado no han sido los esperados, lo que ha resultado deprimente.” (Adams J. et al.,2015)

Entre los países desarrollados, por ejemplo, el gasto sanitario está creciendo, esto está causando que algunos gobiernos rebajen la cobertura de algunos servicios y que redistribuyan el gasto entre otros programas, como infraestructuras y educación. Y mientras muchos ciudadanos de países en desarrollo se benefician del acceso a una asistencia de mayor calidad, a medida que crece la inflación sanitaria la gran mayoría no puede permitirse una asistencia profesional. (Adams J. et al.,2015)

A medida que crecen los costos y la demanda económica, el acceso a la asistencia sanitaria se complica. Muchos sistemas tienen problemas de capacidad, que alargan los tiempos de espera de sus servicios. En respuesta a este hecho, muchos gobiernos están centrando sus políticas sanitarias en intentar reducir dichos tiempos de espera. En otros casos, los problemas de acceso están relacionados con la colaboración a la población sin seguro médico en países con un sistema sanitario predominantemente privado. (Adams J. et al.,2015)

En el año 2008 con la nueva constitución en el Ecuador se replanteo un sistema de salud gratuito, para lo cual se invirtió gran parte del presupuesto del estado en la construcción y

remodelación de centros de salud los cuales ofertan sus servicios y calman las necesidades de las masas.

En el 2012, se dio un nuevo enfoque y se reorganizó al Ministerio de Salud Pública (MSP), tomando como lineamiento el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), en donde se plantea que el MSP como órgano rector en salud y conjuntamente con la Constitución del 2008, promuevan una visión que pone en el centro al ciudadano ecuatoriano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la concepción de conformidades y potenciación de los contenidos, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población.

Esto conllevó a replantear la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situaciones precarias de pobreza. Fueron identificadas las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, económico; es así que el gasto representó casi el 50% en los capitales de las familias ecuatorianas.

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud, debe enfrentar nuevos retos y necesidades que acontecen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Es así que se observa la tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad que en el período de 1950-1955 fue de 6,7 pasó a 2,6 en el período de 2005-2010.

La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de 0 a 24 años constituyen algo más del 50% del total de la población, con más del 30% de menores de 15 años. La expectativa de vida, es de 75 años (72,1 para hombres y 78 para mujeres) y el porcentaje de personas de la tercera edad es del 6,19 %. (INEC-CEPAL, 2009).

Es por ello que amparados en Cap. II Sección 7 ,Art. 32, el Cap. III Art. 35, el Art. 66 y el Art. 361 de la Constitución de la República, se establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables, para lo cual se consideran la

creación de nuevas leyes que garantizan a la salud como un derecho de todos los ecuatorianos y se lo plantea como el Plan Nacional del Buen Vivir que abarca desde 2009-2013 y replanteado hasta el 2020 que conjuntamente con la Ley Orgánica de Salud y los Objetivos de Desarrollo del Millenium, consideran alcanzar un mejoramiento en el servicio de salud garantizando que esta llegue a todos los rincones del país.

Se cambia entonces las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana, enmarcando a la atención primaria de salud y apuntalándola como estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud siguiendo el ejemplo planteado a partir de la Declaración de Alma Ata (1977).

Pero la hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional y medicinas alternativas, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos.

2.3.1 Calidad de los servicios de salud

2.3.1.1 La salud como servicio

En la época de la Revolución Francesa se instauró la responsabilidad colectiva frente a la enfermedad, se solicitó a los médicos su salida al campo y se comenzó el análisis estadístico de varios indicadores de salud, llegando a establecer reformas sanitarias importantes para aquel entonces.

A mitad del siglo XVIII, el doctor Eugenio Espejo, en el Ecuador plantea importantes aspectos en cuanto a la medicina social, mencionando que el bien común debe prevalecer sobre el particular, iniciando así la salud pública en el Ecuador, con la creación de leyes y

propuestas que obviamente en aquel entonces con la misma idea libertaria y la algarabía de un país revolucionario se ponían en vigencia.

En 1927 aparecen las primeras instituciones de asistencia pública, sanitaria y la Beneficencia de Guayaquil junto al inicio del Seguro Social, y en 1967 se instaura la Asistencia Pública y Sanitaria para crear así el Ministerio de Salud Pública, creciendo a través de los años hasta contar con una red propia de establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria que se distribuye hoy por hoy en todo el país, en el periodo de la dictadura militar hubo un gran incremento en infraestructura y presupuesto, llegando a establecer que este debe ir incrementando en cada periodo.

Sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los artículos 358, 359, 360 y 361 establece su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud. En el Art. 361 establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos. (MAIS, 2012)

2.3.1.2 Salud como Derecho (Constitución de la República del Ecuador)

Ya en el siglo XIX se hablaba de una atención médica generalizada, muchos no se acogían a ésta, en especial las clases más pudientes de la sociedad, pero a medida que se daban los diferentes problemas de salud pública como epidemias o plagas se veía la necesidad de mejorar la cobertura sobre todo en las personas vulnerables.

Aquí en Ecuador, al crearse el Ministerio de Salud Pública en 1969, se consideraba que este, debería dar cobertura a no menos del 80% de la población, pero un estudio que en esos entonces se publicó mencionaba que solo se cubría un 20%, de ahí para adelante varios han sido los gobiernos que han incrementado el presupuesto de salud, pues busca un coste

benéfico más limpio, invierte en una población sana para que la productividad mejore en todo el sector industrial, hacer que todos tengan acceso a la salud garantiza un empleado que trabaja más, en estos últimos 12 años la salud como un servicio resulta gratuito para toda la población, en la Constitución aprobada en el 2008 se ponen en manifiesto los “DERECHOS DEL BUEN VIVIR”, en cuya sección séptima se declara que la salud es un derecho que garantiza el estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el permanente acceso a los diferentes programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.

La búsqueda por garantizar la universalización de un estado completo de bienestar ha estado directamente asociada a la lucha por la equidad, o bien, a la lucha por la eliminación de las diferencias en el acceso a la atención de salud y en el disfrute de una vida plena entre países y comunidades, sectores socioeconómicos, zonas urbanas y rurales, hombres y mujeres, y entre adultos y niños, niñas y adolescentes. (Velasco M, 2007, p 13)

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, constituyen un acuerdo y compromiso de las naciones del mundo para impulsar acciones para la reducción de la pobreza, el mejoramiento de las condiciones de salud, educación y la protección ambiental, que se concretaron en la Declaración del Milenio suscrita por los países miembros de las NNUU. El cumplimiento de los objetivos y metas son interdependientes, su consecución se orienta a reducir la inequidad y garantizar el acceso a condiciones de vida dignas para toda la población mundial y en el ámbito de la salud.

2.4 Relación médico paciente

Muchas pueden ser en su realidad factual las formas en que se realiza la relación entre el médico y el enfermo: la visita domiciliaria, el encuentro en un ambulatorio, la intervención

quirúrgica, la recepción en el consultorio privado, la asistencia al comatoso, la cura en el campo de batalla, etc. (Entralgo. 1985, p: 344)

Dentro de la atención que brinda el médico a un paciente debe considerarse parámetros que no solo le ayuden a discernir el tipo de patología que tienen, sino que le ayuden a llegar de una mejor manera y entablar una verdadera relación con el individuo.

Entralgo (1985) menciona además que la medicina actual en equipo, fracciona la relación médico-enfermo en tantas porciones como médicos intervienen en el proceso del diagnóstico y el tratamiento, y por consiguiente hace de ella algo sobremanera distinto de lo que desde los tiempos hipocráticos hasta hoy ha venido siendo. (p:344)

El peor error de un médico es pensar o suponer que el paciente solo viene por una dolencia, lo cual nos lleva a guiar la consulta, enviar un medicamento y saltar por alto el verdadero motivo de consulta de aquel paciente.

La ciencia forma al médico para ser un buen clínico, pero solo depende del galeno saber que tiene que ser un buen ser humano.

2.4.1 Tipos de relación médico-paciente

Los conceptos de la relación médico-paciente han cambiado en los últimos 25 años más que en los últimos 25 siglos. Siegler M. (Citado en Celedón. C, 2016) publicó los periodos de la relación clínica y los dividió en tres periodos:

A) Era del paternalismo o del médico que va del 500 AC a 1960, en este periodo existe una confianza absoluta en el médico, tanto en su capacidad técnica como moral y que además es el único responsable de las decisiones.

B) Era de la autonomía o del paciente, a partir de la década del 60, en 1969 la Asociación Americana de Hospitales, da origen al primer código de derechos de los pacientes y surge el consentimiento informado: el primer deber de beneficencia del médico es la información.

Es recomendable hacer algunas consideraciones sobre este consentimiento: a) Fuerte impacto de la autonomía la cual está en concordancia con la tradición moral de la modernidad; b) consentimiento informado es ajeno a la tradición médica lo que explica la dificultad de su introducción en el ámbito clínico; c) en vez de entender al consentimiento informado como un proceso democrático y compartido de toma de decisiones, se reduce a la firma de un documento, negando así la validez ética y jurídica del documento; d) el extremo de la autonomía del paciente es equivalente al extremo de paternalismo del médico.

C) Era de la burocracia o del contribuyente. Al médico no sólo se le exige eficacia en tratar a su paciente sino que también eficiencia en gestionar bien los recursos sanitarios. (p: 53)
Este modelo de consulta requiere la adquisición de una serie de destrezas por parte del médico, de las cuales, la más básica pero también la más difícil es aprender a escuchar, a no decir nada cuando no es el momento de hablar.

Según Estralgo (1985) la relación médico paciente puede ser discernida en tres planos: la relación inter human que se da, de un hombre a otro hombre, en el que se involucra la amistad el salud la confianza y estima que pueda nacer del médico al paciente o viceversa; segundo la relación de ayuda, el contingente que el médico pueda dar a su paciente sea de forma científica o biológica como psicológicas y ; tercero la relación técnica. (p: 345)

Todo se aprende en la formación médica, menos este detalle crucial: cómo dar el tiempo al paciente para que exprese lo que nos quiere decir, y cómo prestarle la atención necesaria para que entendamos lo que nos quiere hacer entender.

Manejar el método de la comunicación abierta conlleva varias ventajas. Supone y contribuye a un ejercicio ético de la medicina, en el cual el médico es la persona de confianza del paciente, consciente de sus propios límites, lo que al mismo tiempo le permite aportar con todo su saber técnico. (Rodríguez, 2008)

La consulta médica es el eje fundamental de la comunicación en nuestro trabajo diario como profesionales de la salud, por lo tanto, la calidad de atención y los resultados de la misma dependen de la forma como se comuniquen el profesional de la salud y el paciente y/o sus familiares. De esta forma llegamos a la conclusión que no solo es importante la preparación y el dominio técnico del profesional, sino también un trato humano y cálido que favorece que todo ese saber llegue al paciente.

2.4.2 Confianza

La confianza es otro pilar fundamental en la relación, no solo en un contexto sentimental entre dos individuos de igual o diferente género, sino entre dos personas que intentan mantener una conversación más íntima.

El medico siempre deb etener un estado afectivo favorable, con gran autocontrol,dejando sus problemas en la casa y aceptando a sus pacientes como son. (Rodríguez, 2008, p: 35), el paciente debe percibir que el médico lo acepta como es, que su enfermedad mejora con la sinceridad y confianza que le da el médico.

La confianza que debe trasmitir el médico al paciente es muy importante al momento de la entrevista medica pues abre las puertas a una serie de temas de interés de ambas partes y que garantiza una mejor comunicación y un mejor diagnostico no solo biológico sino psicosocial.

2.5 Salud Mental

La salud mental no es sino el equilibrio de las emociones de un individuo, se relaciona con la armonía de la persona con el medio y sus sentimientos, su forma de expresar lo que siente y piensa es una demostración de una buena salud mental.

Hoy en día es una práctica promovida por la OMS pues los estudios demuestran que existen muchas enfermedades psicológicas o mentales a las que por largo tiempo no se les daba importancia que terminaban creando en las personas repercusiones peores, hoy se incentiva a las personas que visiten al psicólogo, al terapeuta para solucionar conflictos y armonizar sus sentimientos, saber controlar las emociones reafirma la personalidad y crea personas más fuertes en contra de las adversidades cotidianas.

En la edad adulta tenemos la prevención de riesgos en los campos biopsicosociales del individuo para lograr tener un envejecimiento saludable, para llegar a promover esta propuesta se han creado algunos lineamientos por parte de la Organización Panamericana de la Salud por ejemplo: a) Impulsar política pública sobre el envejecimiento saludable en todos los países, b) Crear entornos amigables a todas las personas mayores, c) Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores, d) Desarrollar sistemas de prestación de atención a largo plazo sostenibles y equitativos y e) Mejorar la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento (OPS, 2009)

Y como la calidad de vida debe ser vista y tratada de manera integral se propone además la prevención de algunas patologías que se presentan en diferentes etapas de la vida y que si no se las trata de un tiempo y con una manera prudente causan complicaciones y disminuyen la sostenibilidad del individuo volviéndolo incapaz de realizar sus actividades de la vida diaria convirtiéndose en un eslabón débil de la sociedad.

2.6 Salud sexual y reproductiva

Es un tema muy polémico en la población, se considera un tema tabú en muchas culturas sobre todas en las que predomina la mentalidad religiosa y puritana de sus legados.

A nivel de diferentes partes del mundo en culturas del continente africano y no muy lejanas como en nuestras amazónicas, se venera de forma especial la sexualidad de hombres y mujeres, por ejemplo en África, en ciertas tribus al nacimiento de una niña a esta se le cosen los labios vaginales hasta que llega a su edad adulta en donde su marido luego de un ritual religioso libera esos hilos mediante la penetración y comprueba que su esposa es pura, en la amazonia del continente americano la sexualidad también se vive de una manera más libre tanto hombres y mujeres mantienen sus cuerpos desnudos mostrando sus atributos sin apego absurdo a la lujuria, sino con el cumplimiento y el respeto de sus leyes y creencias, viviendo así dentro de una sociedad que respeta sus cuerpos y sus mentes.

La morfología y la actividad de los caracteres sexuales primarios y secundarios del soma, no sólo, por supuesto, los visibles, son el momento orgánico de ellas, y la dinámica de los caracteres sexuales de la psique, con su ineludible correlato neurofisiológico y neuroendocrinológico, su momento psíquico. (Entralgo, 1985, p:19)

Además del sexo visto de una manera como el acto de procrear, hay que entender que dichas relaciones deben ser con responsabilidad y conciencia del cuerpo “que yo, en cuanto que también hacia dentro de mí soy inteligencia sentiente y sentir inteligente, de alguna manera y en alguna medida sepa quién soy yo, qué soy yo y cómo soy yo. (Entralgo, 1985, p:144)

Hoy por hoy se puede encontrar diferentes ideologías en cuanto a la sexualidad, desde los críticos religiosos hasta los expertos homosexuales que protestan y manipulan de ambas partes la información, creando en la mente de sus seguidores esa falsa imagen de sexualidad que también los medios de comunicación nos venden, como pechos desnudos, cuerpos esculturales o grandes falos que simplemente promueven y pervierten la mente dejando a un lado el verdadero sentido de la sexualidad, haciendo que el ser humano se olvide de su sexualidad por que envejece o que la descubra a escondidas porque es muy joven,

olvidando que somos seres sexuales desde que nacemos que pasamos por etapas y debemos descubrirnos para amarnos para afianzar nuestras personalidades y gustos para no ser seres tímidos o vacilantes, sino seguros y arriesgados, pero con cautela y cuidado para ser responsables con nuestro cuerpo y cuidarlo de cualquier daño o enfermedad.

Como hombres que son, el varón y la mujer tienen una radical naturaleza de carácter psicoorgánico y personal, a la que pertenece su condición sexuada; pero la expresión de ella varía orgánica, psicológica y socialmente a lo largo del tiempo. (Entralgo, 1985, p:162)

Otro grupo importante son los jóvenes considerados más del 50% del total de la población mundial, y basándose en los requerimientos solicitados por ellos mismos y los observados se busca incluir estudios y prácticas sobre diferentes temas relevantes en la práctica sexual, identidad de género, violencia, alcohol y otras drogas a los cuales día a día están expuestos, y son blanco fácil por creerse una población vulnerable y sin derechos hasta alcanzar la mayoría de edad, pues la creencia popular margina a los adolescentes y jóvenes por creerlos faltos de criterio y opinión acarreando así problemáticas sociales y psicológicas que en lo posterior se verán expuestas en la edad adulta creando conflictos mayores entre el ser humano y arriesgando así la vida de estos.

La sexualidad tiene una clara base biológica porque la anatomía femenina es diferente de la masculina y también lo es la experiencia del orgasmo. (Giddens, 2000, p: 144)

2.7 Consumo de Sustancias

El consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas se ha incrementado en el último siglo, desde la creación del alcohol, la humanidad ha buscado formas o maneras de crear sustancias que ayuden a sentir sensaciones diferentes, al inicio con un fin terapéutico como la introducción de la marihuana o buscando alternativas más efectivas para analgésicos

potentes pero la distorsión de este fin se ha manifestado con la creación de un mundo que consume poco a poco a la humanidad.

Según el informe mundial de drogas del 2016 la marihuana es la forma más consumida en el mundo seguido de las anfetaminas, se calcula más o menos que 1 de cada 20 personas adultas consume por lo menos una dosis al año algún tipo de droga en el mundo lo que equivale a más o menos 250 millones de personas tomando en cuenta los problemas que terminan generando estos consumos o que las drogas que consumen son inyectables y corren riesgo de contraer otro tipo de enfermedades aparte de las mentales como el VIH o hepatitis B, este número se incrementa cada año acarreando 43.5 muertes por millón de personas entre 15 y 64 años, y dejando problemas sociales como prostitución maltrato y violencia que se vuelve una espiral viciosa infinita.

El tabaco y el alcohol como drogas sociales también se llevan un premio en todo este papel, su edad de inicio de consumo también es temprana tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo se ve que jóvenes desde los 14 años y menos empiezan con estos hábitos por experimentación, presión social o ejemplos familiares, desencadenando así el mismo efecto que las demás drogas con la desventaja que estas están al alcance de todos, son de venta libre y pertenecen a industrias poderosas del mercado internacional, por lo cual la ley es poco rigurosa por un lado les obligan a colocar propaganda con imágenes grotescas de la presentación de enfermedades por el consumo del mismo pero por otro dejan que las promocionen en eventos públicos y familiares, medios de comunicación y redes sociales

2.8 Violencia social

La violencia es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas

probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS, 2019)

Todos sabemos quiénes son los individuos de conducta desviada o, al menos, así lo creemos. Dichos individuos son aquellos que se niegan a vivir según las reglas que aceptamos la mayoría. (Giddens, 2000, p:230)

Entonces dentro de una misma población o comunidad se conoce quienes son las personas violentas, se menciona que la mayoría de abusos tanto físicos como psicológicos son provocados por personas del sexo masculino y estadísticamente quienes tienen más riesgo son niños menores de 6 años y las mujeres.

2.8.1. Tipos de violencia

La OMS clasifica a la violencia en tres categorías generales:

- la violencia auto infligida (se refiere al comportamiento suicida y autolesiones que puede realizarse un individuo),
- la violencia interpersonal (es la llamada violencia familiar, que incluye a los menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco como la violencia sexual o de género),
- la violencia colectiva (como por ejemplo la social, política y económica que pueden sufrir las personas en cualquier ámbito de su vida).

La violencia se presenta en distintos ámbitos, por ejemplo, la violencia en el trabajo, que incluye no sólo el maltrato físico sino también psíquico. Muchos trabajadores son sometidos al maltrato, al acoso sexual, a amenazas, a la intimidación y otras formas de violencia psíquica.

La OMS (2019) menciona que: “Reino Unido se ha comprobado que 53% de los empleados han sufrido intimidación en el trabajo, y 78% han presenciado dicho comportamiento. Los

actos repetidos de violencia desde la intimidación, el acoso sexual y las amenazas hasta la humillación y el menosprecio de los trabajadores pueden convertirse en casos muy graves por efecto acumulativo, además en Suecia, se calcula que tal comportamiento ha sido un factor en 10% a 15% de los suicidios.”

Otro caso es el de la violencia entre la juventud, que daña no solo a las víctimas, sino también a sus familias, amigos y comunidades. Sus efectos se ven no solo en los casos de suicidios u homicidios, enfermedad como anorexia o bulimia, sino también en la calidad de vida.

La violencia que afecta a los jóvenes incrementa enormemente los costos de los servicios de salud y asistencia social, reduce la productividad, disminuye el valor de la propiedad, desorganiza una serie de servicios esenciales y en general socava la estructura de la sociedad.

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1 Metodología

La metodología de esta investigación tuvo un carácter cualitativo y etnográfico y se complementó con el análisis documental y revisión bibliográfica para obtener información sobre las interacciones sociales, en el ámbito médico y de la salud, lo cual se analizó desde una perspectiva comparativa e interpretativa.

En los últimos años, entre los investigadores de varios campos ha crecido el interés, tanto teórico como práctico, por la etnografía. En gran medida, ello se debe a la desilusión provocada por los métodos cuantitativos, métodos que han detectado durante mucho tiempo una posición dominante en la mayor parte de las ciencias sociales.

Algunas veces la etnografía se define como esencialmente descriptiva, otras veces como una forma de registrar narrativas orales como lo describe Walker (1981); como contraste en 1967 Glaser y Strauss y en 1978 Denzin, mencionan que, sólo ocasionalmente se pone el énfasis en el desarrollo y verificación de teorías (Hammersley & Atkinson, 1994), pero bajo estos preceptos se realizaron las entrevistas a los informantes seleccionados obteniendo interesantes criterios que recogen la realidad y se los puede comparar para tener una idea más clara de la realidad de la población de Puerto Quito.

En Europa la historia de las antropologías metropolitanas remonta el uso del término "etnografía" al estudio de los "pueblos primitivos o salvajes", no en su dimensión biológica sino socio-cultural. En la escuela inglesa instaurada en los 1910-20 por el antropólogo británico A. R. Radcliffe-Brown, el hacer etnografía radicaba en hacer "trabajos descriptivos sobre pueblos analfabetos", en oposición a la vieja escuela especulativa de evolucionistas y difusionistas de Kuper en 1973. En el marco de la

"revolución funcionalista" y de un "fuerte renacimiento del empirismo británico" , el investigador debía siempre estudiar la combinación sociocultural de los grupos humanos.

El Etnógrafo es el investigador principal que convive y recoge la información. Es considerado el primer instrumento de investigación de la etnografía como tal, cabe recalcar que no todos los investigadores que participan y colaboran en el estudio de los datos recogidos por el etnógrafo reciben este nombre, tan sólo aquel o aquellos que formen parte de y convivan en el contexto a estudiar podrán llamarse así.

Se menciona que un etnógrafo tiene que cumplir con dos cualidades básicas como son:

- El extrañamiento o sea tener la capacidad de asombro por cada observación realizada, sea esta familiar o no, en si el investigador debe poner en duda su etnocentrismo, por lo que el extrañamiento se convierte en una actitud vital, y
- Ser uno más: “El etnógrafo tiene que familiarizarse con lo extraño y extrañarse con lo familiar” según Barrio Mestre (Citado en Martínez. C y Murillo.F, 2010, p. 2). Este punto ha sido capaz por la continuidad que se tienen con los pacientes seleccionados.

Hablando de otro modo la etnografía tiene algunas características importantes también, como son:

- Tener un carácter fenomenológico lo que quiere decir que con este tipo de investigación el investigador puede obtener un conocimiento interno de la vida social dado que supone describir e interpretar los fenómenos sociales desde la perspectiva de los participantes del contexto social. (Martínez. C y Murillo.F, 2010, p. 3)
- Debe tener duración relativamente persistente por parte del investigador etnógrafo en el grupo o escenario, objeto de estudio por dos razones: para ganarse la admisión

y confianza de sus miembros y para educarse en la cultura del grupo. (Martinez. C y Murillo.F, 2010, p. 3)

- Es holística y naturalista. Un estudio etnográfico acumula una visión global del ámbito social estudiado desde distintos puntos de vista: un punto de vista interno (el de los miembros del grupo) y una apariencia externa (la interpretación del propio investigador). (Martinez. C y Murillo.F, 2010, p. 3)
- Tiene un carácter inductivo. Se basa en la práctica y la exploración de primera mano sobre un escenario social, a través de la observación del participante como principal estrategia para obtener información. A partir de aquí se van creando categorías conceptuales y se revelan regularidades y asociaciones entre los fenómenos observados que permiten establecer modelos, hipótesis y posibles teorías explicativas de la realidad objeto de estudio. (Martinez. C y Murillo.F, 2010, p. 3)
- Y sigue un modelo cíclico, los procedimientos etnográficos tienden a superponerse y ocurrir simultáneamente. La información recolectada y las teorías emergentes se usan para reorientar la recolección de la nueva información. El trabajo de campo es la característica distintiva de la metodología etnográfica. (Martinez. C y Murillo.F, 2010, p. 3)

3.2 JUSTIFICACIÓN

No existen estudios, libros o artículos previos sobre el tema que detallan los parámetros etnográficos y su contexto en el campo de la salud, lo que se pueden encontrar son investigaciones en temas similares que engloban grupos aislados de variables, por ejemplo:

Giddens, A (2010) menciona en su texto de sociología, Salud, Enfermedad y Discapacidad que “El área de conocimiento que se conoce como sociología del cuerpo investiga de qué manera nuestro estado físico se ve afectado por las influencias sociales. Como seres humanos, somos materiales: todos tenemos un cuerpo. Pero éste no es sólo algo que tengamos ni tampoco algo físico que exista al margen de la sociedad. El cuerpo está muy influido por nuestras experiencias sociales y por las normas y valores de los grupos a los que pertenecemos.” (p: 416–461).

Esto revela la problemática actual sobre la percepción de la sociedad sobre las enfermedades del individuo, sobre su cuerpo, los estereotipos de delgadez, salud y belleza entran en la cabeza de la gente para crear pensamientos erróneos y enfermarlos desde la psiquis hasta el alma.

Destacan temas a nivel local como la descripción de la pluriculturalidad y multiétnicidad de la comunidad ecuatoriana la cual agrupa a diversos pueblos, nacionalidades y grupos humanos, muchos de los cuales poseen sistemas de salud y sistemas médicos propios, lo que los convierte en poblaciones con necesidades y demandas, hasta cierto punto, particulares, locales o regionales, que aún no son atendidas, a veces ni siquiera identificadas, por las instituciones y los técnicos que hacen el sector salud en el Ecuador, en esas sociedades las comadronas, parteras y otros “especialistas” han tenido y continúan teniendo competencia en las acciones preventivas y curativas de salud, proporcionando la “atención calificada” que requieren estas sociedades. (Mideros. R, 2000, p: 1)

Todo esto nos lleva a justificar la necesidad de este estudio, que busca ayudar a entender a cada individuo dentro de nuestra realidad social, para poder influenciar de mejor manera en el desarrollo de estrategias que obligue al sistema de salud a comprometerse con el paciente y mejore la situación en cuanto a la prestación de servicios para lograr

tener en todos los rincones del país individuos sanos y si ese no es el caso por lo menos comprender el porqué de las actitudes culturales de las personas, para sobrellevar las actividades asignadas al personal de salud.

Buscar la realidad sobre las relaciones de la gente con el personal de salud, buscar el verdadero valor de la empatía, buscar lo profundo de la relación médico paciente, partiendo de lo singular a lo particular y subrayando la percepción de la gente que ayudará a este estudio a tener un concepto más claro dentro del marco social y cultural.

3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se construyen la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente Centro de Salud Puerto Quito Tipo C. Cantón Puerto Quito. Provincia de Pichincha. 2018-2019?

3.4 OBJETIVOS

3.4.1 Objetivo general

Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente Centro de Salud Puerto Quito Tipo C. Cantón Puerto Quito. Provincia de Pichincha. 2018-2019

3.4.2 Objetivos específicos

- Describir y analizar la relación médico-paciente en centro de salud “Puerto Quito” Tipo C del cantón Puerto Quito
- Describir y analizar los conocimientos actitudes y prácticas del paciente con respecto al servicio brindado en el centro de salud “Puerto Quito” Tipo C del cantón Puerto Quito.

- Describir y analizar en los pacientes cuales son los conocimientos actitudes y prácticas (al respecto de la salud y la sociedad) en la percepción de salud, salud mental, salud sexual y reproductiva, embarazo, parto postparto, muerte y fallecimiento, consumo de sustancias, violencia social en el centro de salud “Puerto Quito” Tipo C del cantón Puerto Quito

3.5 HIPÓTESIS

Esta información contribuirá a generar la ampliación sobre el tema de experiencias y trayectorias entorno de la salud, interculturalidad, atención sanitaria y relación médico paciente centro de salud puerto quito tipo c. cantón puerto quito. provincia pichincha. 2018-2019.

3.6 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

3.6.1 Marco geográfico

| | |
|-------------------------------|--|
| Nombre de la Parroquia | Puerto Quito |
| Ubicación | Noroccidente de Pichincha |
| Superficie | Total: 640,70 Km Urbana: 49.32 Km2 Rural: 591,38 Km2 |
| Altitud | 200 m.s.n.m |
| Temperatura | 25 a 30 grados centígrados |
| Clima | Tropical Húmedo con lluvias constantes |
| Precipitaciones | Oscilan entre los de 1.000 a 2.000 |
| Regímenes de Lluvia | Noviembre – Febrero |
| Regímenes de Sequía | Julio – Septiembre |

Tabla 1. Marco Geográfico

Fuente y Elaboración: GAD Municipal Puerto Quito

3.6.2 Factores protectores del entorno geográfico

El cantón Puerto Quito está ubicado en el andén ecológico del "choco", la diversidad climática que aventaja con la selva tropical y un gran ecosistema diversificado hacen de

este sector un ambiente propicio para considerarlo como patrimonio natural y tiene características que deben ser objeto de conservación, cuidado y respeto a la biodiversidad; lamentablemente no cuenta con áreas de conservación. Sin embargo, existe la Aldea Ecológica Salamandra, Santuario de las Aves, Santuario de los Monos, entre otras zonas ecológicas privadas conservadas y protegidas por los habitantes del sector. Cabe recalcar que existen cascadas y ríos naturales que son utilizados por los pobladores y visitantes como sitios de recreación, deporte, favoreciendo la salud y la calidad de vida, en compatibilidad con los principios del buen vivir, además de que todo el cantón es rebosante de fauna y flora.

3.6.3 Límites

NORTE: Desde Bancada 7, río Guayllabamba aguas arriba hasta la confluencia con el río Pizarà.; limita con las provincias de Esmeraldas e Imbabura.

SUR: Río Salazar, río Bravo, río Blanco, limita con una parte de Los Bancos y la Concordia, Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

ESTE: Río Pizarà, río Guadalupe, río Salazar, Cantón Pedro Vicente Maldonado, Provincia de Pichincha

OESTE: Río Blanco, aguas abajo hasta confluencia con río Sábalo y Bancada 7. Limita con la provincia de Esmeraldas.

3.6.4 Coordenadas

| | |
|-----------------------------|----------------|
| NORTE N: 692174 | E = 10035609 |
| SUR N = 687791 | E = 10001159 |
| ESTE N = 706739 | E = 10015263 |
| OESTE N = 682978 | E = 10025670 |
| POBLACIÓN: | 3080 |
| GENTILICIO: | Puerto Quiteño |
| LENGUA PREDOMINANTE: | Español |
| HUSO HORARIO: | (UTC-5) |

Tabla 2. Características del Cantón

Fuente: ASIS (2018)

Elaborado por: Médicos Rurales Puerto Quito (2018)

3.6.5 Cuencas hidrográficas

Los ríos más importantes son: Salazar, Bravo, Blanco, Sábalo, Sabalito, Pitzarà, Silanche, Caoní, Achiote, Inga, Peligro, Cubera, Macallares, Abundancia, Piedritas, Cabuyal.

3.6.6 Accesibilidad general al territorio

La carretera Calacalí – La Independencia, une a la parte noroccidental de la provincia de Pichincha, atravesando los poblados más significativos desde Quito, como Nanegalito, San Miguel de los Bancos, Pedro Vicente Maldonado, Puerto Quito, La Abundancia hasta llegar a La Concordia en Santo Domingo de los Tsachilas o en su rama norte a Quinindé, Provincia de Esmeraldas; las línea de transporte de pasajeros y carga son la Cooperativa San Pedrito, Zaracay, Aloag, Kennedy, Gilberto Zambrano, Santo Domingo y Trans Esmeraldas y transporte privado.

Las vías que comunican a Puerto Quito con sus recintos grandes, medianos, pequeños y caseríos, en su mayoría son lastradas, mal tenidas y sin señalización, lo que impide la comercialización de productos de la zona, la movilización adecuada de los habitantes y por supuesto el adelanto de los pueblos.

Las motocicletas son uno de los medios más económicos y comúnmente utilizados por hombres y mujeres en todo el cantón; buses antiguos, rancheras y camionetas particulares movilizan a la población en horarios específicos y fines de semana con mayor frecuencia, también se utilizan equinos para el traslado de carga y personas

entre recintos y caseríos; solo en la cabecera cantonal se encuentra el servicio de las moto-taxi.

3.6.7 Distribución espacial de la población

Puerto Quito es uno de los cantones más poblados del noroccidente de Pichicha, esto se debe a la migración que ha existido de las provincias aledañas y de la misma provincia; el cantón no tiene parroquias, solo la cabecera cantonal y los asentamientos humanos que se encuentran en las áreas rurales, denominados recintos grandes, medianos, pequeños y caseríos.

El cantón Puerto Quito en sí, es el área urbana y se encuentra formada por sus diez barrios y San Antonio de La Abundancia.

| ÁREA URBANA | | |
|---|--------------------|------------------------------|
| Barrios de la Cabecera Cantonal De Puerto Quito | | San Antonio de la Abundancia |
| Nombre | | Nombre |
| La Palestina | Nuevo Puerto Quito | La Abundancia |
| Rodrigo Borja | Luz y Vida | |
| Los Claveles | Central | |
| Simón Bolívar | Riveras del Caoní | |
| 13 de Julio | 12 de Octubre | |

Tabla 3. Área Urbana del Cantón Puerto Quito, 2015

Fuente: Encuestas - Talleres Participativos PDOT / GADM P.Q. - 2015

Elaborado por: Equipo PDOT del GADM de Puerto Quito

En cambio, en la parte rural se puede decir se encuentran los diferentes recintos, para los cuales existen diferentes formas de acceso según la época del año, existen recintos a tres o cuatro horas de distancia y tanto el personal de salud como de otras instituciones gubernamentales se organizan para realizar las diferentes visitas.

| AREA RURAL | |
|---------------------------|-----------------------------|
| RECINTOS GRANDES | RECINTOS MEDIANOS |
| Nombres | |
| Simón Bolívar (La Sexta) | Las Maravillas |
| Agrupación Los Ríos | Arenanguita |
| Buenos Aires No.1 | 24 de Mayo |
| Puerto Rico | Nuevo Ecuador |
| 29 de Septiembre | Santa Marianita del Km. 133 |
| Nueva Esperanza del Norte | San Francisco de la Caoní |
| | Unidos Venceremos |
| | Piedra de Vapor |

Tabla 4. Área Rural del Cantón Puerto Quito, 2015

Fuente: Encuestas - Talleres Participativos PDOT / GADM P.Q. - 2015

Elaborado por: Equipo PDOT del GADM de Puerto Quito

| RECINTOS PEQUEÑOS | | |
|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Buenos Aires No.2 | Abdón Calderón | San Marcos |
| 3 de Enero | Nuevo Ecuador | La Tigra |
| San Carlos de la Floreana | Nueva Esperanza (Sur) | San Pedro de la Abundancia |
| La Floreana | San José de Pizará | El Tigre |
| Palestina | Nuestra Patria | San Antonio del Río Blanco |
| Paz y Progreso | Silanche | La Paz |
| San Pedro del Río Blanco | San Pedro de la Sucia | El Salazar |
| Occidental 1 | San Gerardo Bajo | 4 de Noviembre |
| Occidental 2 | San Gerardo Alto | Buena Esperanza |
| El Tesoro | Tatalá | Los Pachacos |
| Nuevos Horizontes | El Progreso | Valle del Progreso |
| Pueblo Nuevo No. 2 | Santa Fe del Limón | Santa Teresita |
| Magdalena | Brisas del Sábalo | Grupo Los Ríos |
| Bosque de Oro No. 1 | Mariscal Sucre | 8 de Septiembre |
| Bosque de Oro No. 2 | Sagrado Corazón | Paraíso de Amigos |
| Bosque de Oro No. 3 | Provincias Unidas | San Francisco de la Abundancia |
| Unión Cariamanga | Grupo Mieles | CASERIOS |
| Valle del Peligro | Las Palmas | Guayaquil Chiquito |
| Santa Cecilia | Gran Colombia | Unión Lojana |
| El Negrito | Santa Marianita del Sabalito | Bellavista |
| La Cumanda | Ventanas | La Tolita |
| El Cabuyal | Simón Bolívar No. 2 | Los Laureles |
| Unión Ganadera | Bravo Chico | Puerto Negrito |
| Achiote | Buena Suerte | |
| Tierra Santa | Grupo 14 | |
| Las Delicias | 10 de Agosto | |

Tabla 5. Área Rural recintos pequeños del Cantón Puerto Quito, 2015

Fuente: Encuestas - Talleres Participativos PDOT / GADM P.Q. - 2015

Elaborado por: Equipo PDOT del GADM de Puerto Quito

3.6.8 Reseña Histórica

En 1940, el científico ecuatoriano Pedro Vicente Maldonado junto a los franceses de la misión geodésico, descubrieron el afluente del Río Caoni y Saliche, proponiendo el nombre de “Puerto Natural de Quito”, ya que pretendían encontrar un camino corto que llegara de Quito al Océano Pacífico. (GAD Municipal Puerto Quito)

“Macallares” fue el primer nombre del asentamiento realizado por gente afroecuatoriana a las orillas del río Caoni en 1966; a partir del año 1970, comenzaron a llegar colonos de Loja, Bolívar, Manabí, Cotopaxi, Esmeraldas, Tungurahua y de otros cantones de Pichincha, formando así la Cooperativa Puerto Quito. En 1971, se comienza la construcción de la carretera que uniría Pichincha con Esmeraldas y que atravesando Nono, Tandayapa, San Miguel de los Bancos, Pedro Vicente Maldonado, Macallares y culminaba en el kilómetro 140, en donde se construyeron los campamentos del Consejo Provincial de Pichincha y el Ministerio de Obras Públicas quienes realizaban el trabajo y hasta este sitio, empezaron a llegar desde Quito, las unidades de transporte de pasajeros, agrupadas en la empresa llamada “Occidental” consolidando así, los asentamientos poblados a orillas del río Caoní. (GAD Municipal Puerto Quito)

Gracias a la gestión de la señora Julia Mora, en aquel entonces, Presidenta de la Junta Pro-mejoras, se consigue la construcción del Puente sobre el Río Caoní y conjuntamente con el Consejo Provincial de Pichincha, se comienzan los trabajos de limpieza, nivelación, levantamiento topográfico, trazado de calles y la división de lotes para vivienda. (GAD Municipal Puerto Quito)

El recinto Puerto Quito pertenecía a la parroquia de Pedro Vicente Maldonado del Cantón Quito, pero el 12 de octubre de 1973 se dio la fundación legal del pueblo, elevándolo a condición de parroquia rural. Luego del abandono de las autoridades, varios dirigentes del pueblo se organizan y el 7 de marzo de 1996, se publica en el Registro Oficial No 916 del 1 de abril de 1996, la constitución del noveno cantón de Pichincha, llamado Puerto Quito. (GAD Municipal Puerto Quito)

3.6.9 Características socio ambientales

3.6.9.1 Situación ambiental

La calidad de vida en los pueblos se expresa a través de atributos ambientales, que, entre otros efectos, deben generar un adecuado clima urbano y bajos índices de contaminantes atmosférica en la medida que participan en la producción y su desarrollo propio, por lo tanto, se debe evaluar las condiciones positivas y adversas para la salud de la población y de los ecosistemas como el aire, el agua, el suelo, entre otros.

3.6.9.1.1 Aire

El 14% del territorio total de Puerto Quito es vegetación y bosques que no se han alterado por la manipulación del hombre y están distribuidos a lo largo de todo el cantón favoreciendo la producción y mantención de aire limpio. Según la página

web del (Ministerio de Ambiente, 2014), en el cuadro de acogida de las unidades ambientales, el aire de Puerto Quito es compatible con la conservación, manejo sustentable, actividad turística y urbanización. En la cabecera cantonal, la contaminación por automotores es mínima porque no existe tráfico ni zonas de congestión vehicular.

La degradación de la calidad del aire y visibilidad se produce a causa de las partículas generadas durante el transporte hacia los recintos grandes, medianos, pequeños y caseríos, debido a la baja calidad de las carreteras, vehículos en mal estado que emanan dióxido de carbono, movimiento de maquinarias, entre otras, sobretodo en épocas secas, afectando a zonas pobladas. La emisión de hedores en la zona del camal es originada por los animales y por los cambios que sufren materias orgánicas, debido a que no se maneja los desechos biológicos con un adecuado sistema de lavado y filtrado que reduzca los malos olores. (ASIS, 2019)

La contaminación aérea se da en el sector noroeste del cantón donde se encuentran empresas procesadoras de palma y palmito, como Inexpal, Extractora La Sexta, Potropic y Botroza; no obstante, el desarrollo en conjunto de estas actividades antrópicas, convierten al sector en una zona vulnerable de contaminación ya que la mayor parte de los cultivos son de palma africana. (MAE, 2018)

3.6.9.2 Agua

Puerto Quito aproximadamente cuenta con doce ríos que abastecen de agua a la población, algunos de ellos son aprovechados para el desarrollo de actividades eco turístico, promovido por negocios y hosterías privadas. El agua también es utilizada para la agricultura y la ganadería, pero no para la navegación por no ser viables.

En lo que respecta a la calidad del agua, los impactos se generan como consecuencia de descargas de aguas negras, grises e industriales, así como por alteraciones debido a arrastre de sólidos finos por escorrentía, mezcla entre agua superficial y subterránea, derrame de combustibles, químicos, caída de material triturado, procesos de tratamiento de pieles, depósito de residuos sólidos y líquidos (GADM de Puerto Quito, 2015).

3.6.9.3 Suelo

El suelo del Puerto Quito en su mayoría es franco limoso, franco limo arcilloso, limo arcilloso, lo que significa que son tierras óptimas para la productividad agrícola por su textura, humedad y fertilidad, con características tales como que no se anega, no es excesivamente permeable, posee nutrientes variados y no se compacta, haciendo del territorio cantonal un lugar fértil y productivo. El uso del suelo es variado, se encuentran cultivos permanentes como la palma africana, árboles maderables y el palmito, semi-permanentes como el cacao, el plátano y árboles frutales, y de ciclo corto como el cultivo de hortalizas.



Figura 1. Cultivos del Cantón

Fuente y Elaboración: GAD Municipalidad de Puerto Quito

En los sectores aledaños a los principales ríos del cantón (Sábalo, Inga, Silanche, Caoní, Achiote, Abundancia y Salazar) se encuentran sitios de ganadería, en estos suelos pueden mantener pastos naturales, pero necesariamente evitando una sobrecarga animal para no provocar la destrucción por compactación, dado por el pisoteo del ganado. 40% del suelo de Puerto Quito tiene bosques protectores o en su defecto se mantiene la vegetación permanente sin cultivos.

Según el Plan Operativo de Desarrollo Territorial del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Puerto Quito (PODT), el 57,93% del suelo es subutilizado, lo que quiere decir que no se está aprovechando sus bondades, además el 17,07% es sobre utilizado, afectando las propiedades físicas y químicas del suelo. El cultivo de la palma africana considerada, es un monocultivo debido a las condiciones climáticas y edafológicas, de alta importancia económica para el cantón debido a que genera empleo local; el mayor problema con este tipo de siembra es la alteración de los terrenos por el uso de maquinaria que modifica la estructura y composición de los suelos, la pérdida de cobertura vegetal para su establecimiento, la eliminación de árboles y/o arbustos, quema, corte de troncos y la aplicación de fertilizantes y pesticidas alterando la cantidad y disposición de especies de fauna y flora.

3.6.10 Amenazas naturales

El cantón de Puerto Quito se ubica a 160 Km de la trinchera donde se produce la subducción entre la placa de Nazca con la Sudamericana en las costas del Pacífico. Se encuentra dividido entre dos zonas geotectónicas: la zona noroccidental considerada como zona de subducción con fallas transcurrentes conjugadas y fallas inversas, presenta sismicidad alta, donde predominan los sismos superficiales; y la

zona media y suroriental que la caracteriza como una zona de subducción con una sismicidad baja, donde se presentan sismos profundos. (GADM de Puerto Quito, 2013)

3.6.11 Amenazas provocadas por el desarrollo

En la zona rural del cantón, la deforestación es la mayor amenaza causada por el desarrollo, dando como resultado un serio daño al hábitat de muchas especies endémicas, lo que ocasiona pérdida de biodiversidad y aridez, con tendencia a la erosión del suelo y en consecuencia, las tierras se degradan y no son productivas.

El camal y tanques de oxidación de aguas residuales, ubicados en las riberas del río Caoní y el botadero actual de basura, son las mayores amenazas ambientales provocadas por el desarrollo, evidenciando la falta de planificación de las autoridades de Puerto Quito, afectando a corto, mediano y largo plazo la calidad de vida de los habitantes. (GADM de Puerto Quito, 2015).

Además de las mencionadas infraestructuras, en el cantón se pueden identificar otras que en la actualidad proveen de servicios a la comunidad como alojamiento, alimentación, materiales de construcción, gasolina entre otras, que, a pesar de no evidenciar riesgo potencial de impacto ambiental, éstas deberán estar sujetas a control y monitoreo ambiental por principio de precaución. (GADM de Puerto Quito, 2015).

Se debe tomar en cuenta que varios kilómetros del cantón están atravesados el Oleoducto de Crudos Pesados (OCP), afortunadamente en Puerto Quito no se han presentado incidentes ambientales, pero se debe considerar que el levantamiento topográfico, el desbroce del derecho de vía, la excavación de zanjas y la colocación, doblado, soldadura, envoltura y revestimiento de la tubería, ya implican un daño

ambiental sin desconsiderar los beneficios que implica este tipo de obra para la población.

3.6.12 Características demográficas de la población

3.6.12.1 Crecimiento de la población

En 1985 la población total de Puerto Quito fue de 3.169 habitantes, dividido 1.521 hombres y 1.648 mujeres, como consta en el Centro Matriz de Puerto Quito, cinco años después aumentó a 13.975, debido a la cantidad de migrantes internos de Pichincha y de las provincias aledañas. (INEC. 2001)

En el censo 2001 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se revela que el cantón tenía 8.088 hombres y 9.012 mujeres. En el último Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010 por el mismo instituto, la población aproximada del Cantón Puerto Quito fue de 20.445 habitantes, (mujeres 9,671 y hombres 10,774) de los cuales 3.080 personas viven en la urbe y 17.365 en área rural, 45% está en edades entre 5 y 25 años.

El índice de crecimiento cantonal es mayor al crecimiento provincial y nacional, debido a que el nivel socio-cultural y educacional, influye en la concepción de una familia numerosa como apoyo económico, esto se ve reflejado en los datos de crecimiento poblacional, ya que en Puerto Quito la tasa es de 1.99% para los hombres y de 1.98% para mujeres, a pesar de que la población está actualmente controlando la natalidad con métodos de planificación familiar.

El promedio de mortalidad infantil del cantón Puerto Quito es de 12,12 %, indicando que el Nivel de Desarrollo es medio – alto, y la tasa de natalidad es del 16,73%, está señalando que se producen 167,30 nacimientos al año por cada 1.000

habitantes, según las estadísticas del cantón y datos recabados en las atenciones del centro de salud.

En el censo realizado en 2011 por la municipalidad del cantón, no se identificó la etnia, el índice de feminidad, ni la tasa de dependencia, pero se conoce que 29.87% de la población es menor de 12 años según datos del Jefe del Registro Civil de Puerto Quito (López, 2014).

| TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL | |
|--|----------------------------|
| NIVEL DE GOBIERNO | TASA DE CRECIMIENTO |
| Nacional | 1.95% |
| Provincial | 0.84% |
| Cantonal | 1.99% |

Tabla 6. Crecimiento poblacional

Fuente: INEC -CPV 2010

Elaborado por: Equipo PDOT del GADM de Puerto Quito.

Pirámide poblacional por sexo y edad del Cantón Puerto Quito, 2010

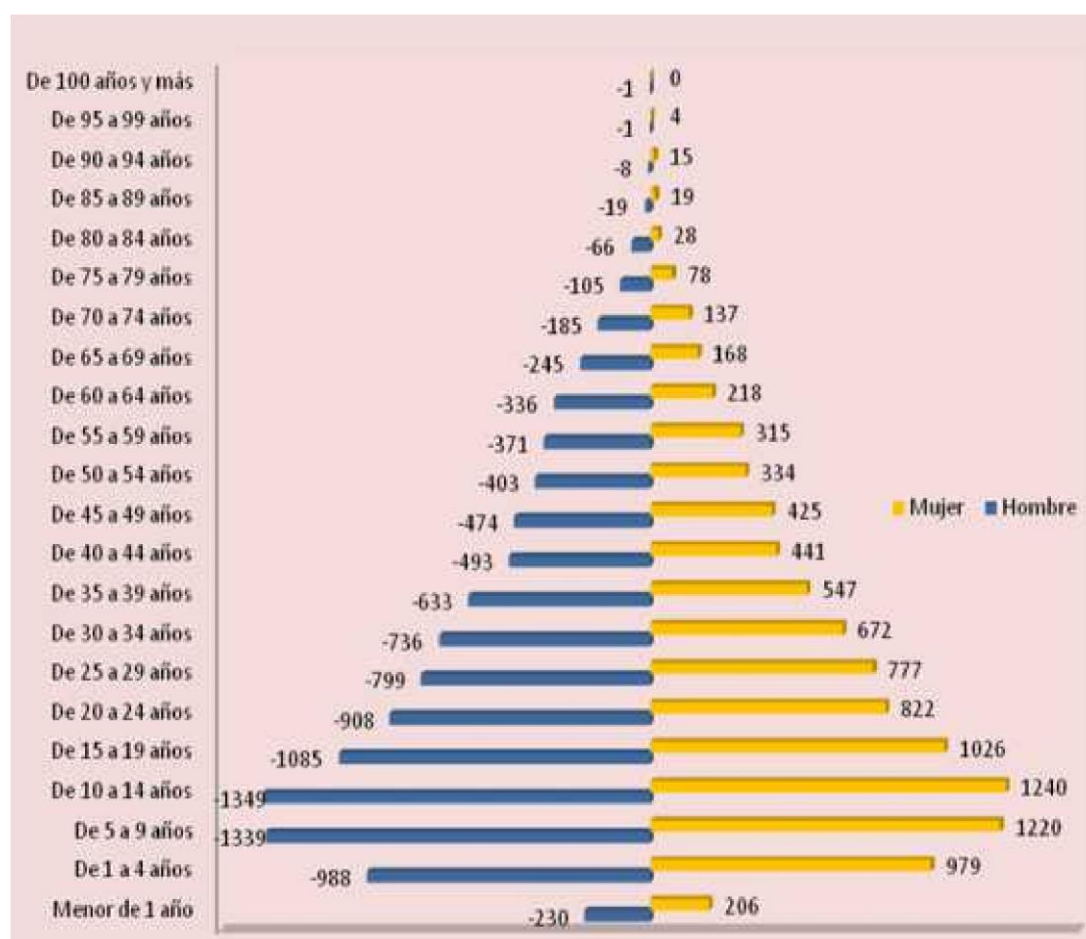


Figura 2. Pirámide poblacional

Fuente: INEC -CPV 2010

Elaborado por: Equipo PDOT del GADM de Puerto Quito

3.6.13 Población por estado civil

El estado civil es la condición particular que caracteriza a una persona en sus vínculos personales con otro individuo; en Puerto Quito, el 24.84% de la población es soltera, seguida por el 24.25% que está en unión de hecho, lo que significa que tienen los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio, inclusive en lo relativo a la presunción legal de paternidad y

a la sociedad conyugal como consta en el Art. 222 del Código Civil. En Puerto Quito, 16.03% está casado, el 2.72% separado y el 0.62% divorciado legalmente.

| ESTADO CONYUGAL | TOTAL | PORCENTAJE |
|------------------------|--------------|-------------------|
| Casado/a | 3278 | 16,03 |
| Unido/a | 4957 | 24,25 |
| Separado/a | 557 | 2,72 |
| Divorciado/a | 127 | 0,62 |
| Viudo/a | 360 | 1,76 |
| Soltero/a | 5059 | 24,74 |
| Total parcial | 14338 | 70,13 |
| Niños < a 12 años | 6107 | 29,87 |
| TOTAL | 20445 | 100,00 |

Tabla. 7 Estado civil de la población

Fuente: INEC -CPV 2010

Elaborado por: Equipo PDOT del GADM de Puerto Quito.

3.6.14 Población por área de residencia

Agrupación los Ríos, Buenos Aires N°.1, Simón Bolívar, Nueva Esperanza del Norte, Santa Marianita, Puerto Rico, San Antonio de la Abundancia, San Francisco de la Caoní y 29 de Septiembre, son los poblados con más de 400 habitantes, con una densidad poblacional general de 31.9 Hab./Km². El territorio de Puerto Quito tiene área urbana de 3.080 y rural de 17.365 habitantes. (GADM de Puerto Quito, 2017).

3.6.15 Tasa de migración

En el área rural el 71% ha migrado y en el área urbana el 29% (78) debido a varios factores como: búsqueda de fuentes de empleo, mejor condición de vida, por educación o servicios de salud, entre otros. La migración ha sido tanto nacional como extranjera por ejemplo según el último censo realizado los sitios internacionales preferidos por las personas son: España, EEUU e Italia. (GADM de Puerto Quito, 2013).

3.6.16 Nacimientos y defunciones

Según datos proporcionados por el Registro Civil Cantonal de Puerto Quito, en los últimos cinco años se observa un crecimiento en los nacimientos en la población, mientras que las defunciones se mantienen en un mismo rango.

| NACIMIENTOS | | DEFUNCIONES | |
|-------------|-----------|-------------|-----------|
| AÑO | POBLACIÓN | AÑO | POBLACIÓN |
| 2007 | 513 | 2007 | 41 |
| 2008 | 473 | 2008 | 46 |
| 2009 | 505 | 2009 | 37 |
| 2010 | 381 | 2010 | 36 |
| 2011 | 284 | 2011 | 35 |

Tabla 8. Nacimientos y defunciones

Fuente: Registro Civil de Puerto Quito, 2011

Elaborado por: Equipo GBS del GADM de Puerto Quito

3.6.17 Características socioculturales de la población

Puerto Quito es pueblo multidiverso, con gran variedad de etnias desde sus aborígenes, lamentablemente no existe un dato específico que determine los grupos

étnicos ni la cantidad de habitantes que pertenece a cada uno de ellos; pero se puede identificar mestizos, indígenas, afro-ecuatorianos, negros y montubios en todo el cantón. En base al registro estadístico, de las atenciones realizadas en el centro de salud durante el año 2015 y primer cuatrimestre del 2016, la mayor parte de la población se identifica como mestiza, sin embargo, existe un amplio desconocimiento sobre el significado de auto identificación en un gran grupo poblacional.

| AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA CENTRO SALUD PUERTO QUITO TIPO C PERIODO ENERO- ABRIL 2016 | |
|---|-------|
| Mestiza | 13644 |
| Indígena | 580 |
| Blanca | 1066 |
| No Aplica | 1043 |

Tabla 9. Auto identificación étnica

Fuente: Área estadística.

Elaborado por: Estadística

El idioma oficial es el castellano, la familia monoparental, nuclear y extensa son la base social del cantón, aunque también existen núcleos ensamblados, o familias con familiares próximos, conviviendo en una misma casa, la identidad cultural de los habitantes de esta región es una mezcla de la cultura de la costa y la sierra, la actividad principal es la agricultura y el comercio, la secundaria es el máximo nivel de instrucción, que limitan las posibilidades y las perspectivas de la población y solo una ínfima parte de la población tiene estudios universitarios.

3.6.18 Cultura y patrimonio

El patrimonio natural y cultural del cantón se encuentra en una situación muy complicada debido a su mala gestión y aprovechamiento, sin embargo disponen de una cantidad considerable que deben ser debidamente direccionadas para el beneficio propio de los ciudadanos y ciudadanas del cantón.(GADM de Puerto Quito, 2015).

Para el 2006 el GADM de Puerto Quito a través de la Sección de Turismo, presenta dentro de la categoría de sitios naturales 15 atractivos equivalentes a 56% y en la categoría de Manifestaciones Culturales 12, equivalentes a un 44% de los recursos turísticos del Cantón. Al 2011 a través de los talleres participativos se registran 81 recursos turísticos los cuales pertenecen a sitios naturales y manifestaciones culturales.

3.6.18.1 Patrimonio Tangible

En Puerto Quito existen sitios arqueológicos resultado de dos investigaciones, la primera del Arqueólogo norteamericano Ronald Lippi (1980 – 1990), quien encontró en toda la zona vestigios de cerámica y lítica sin cultura ni años de especificación; la segunda fue en la construcción del Proyecto de Oleoducto de Crudos Pesados (OCP, 2002 – 2003) donde se identificó sitios monumentales con alta densidad de material cerámico y lítico y vestigios arquitectónicos como tolas, terraplenes o probables muros.

En el cantón también existen bienes inmuebles que han tenido como uso original el de vivienda, culto, comercio, servicios y recreativo. Entre los principales inmuebles que se encuentran en buen estado está la Capilla de la Abundancia, la Casa Parroquial, la Iglesia de Puerto Quito, el Parque Central y otras viviendas. De igual

forma, existen algunas viviendas en deterioro porque su estructura es vernácula que no ha recibido mantenimiento porque prácticamente están abandonadas. (GADM de Puerto Quito, 2015)

3.6.18.2 Patrimonio Intangible

La gastronomía y saberes ancestrales de la curación, además de la producción agrícola antepasada, tradiciones y costumbres, la danza, las leyendas, cuentos propio de cada recinto reflejado en la sabiduría de sus pobladores más viejos y de experiencia increíble, que aún conservan el nexo entre el hombre y la naturaleza mediante el respeto mutuo que han logrado en la antigüedad son parte del patrimonio intangible de Puerto Quito, un equilibrio de convivencia y que actualmente se está perdiendo por el crecimiento poblacional y la llegada de más personas, las actividades productivas y demás prácticas que desmedran el medio patrimonial histórico de la población. (ASIS, 2018)

3.6.18.3 Cultura alimentaria

Con los antecedentes de géneros humanos y culturas que han llegado a Puerto Quito, se han adoptado varios platos típicos de diferentes orígenes, como el encocado de guaña, seco de pollo, tilapia frita, tapado de pescado, seco de chanco, chucula, entre otros.



Figura 3. Cultura alimentaria

Fuente: ASIS 2018

Elaborado por: Médicos Rurales CS Puerto Quito (2018)

La población en general consume a diario carbohidratos combinados, con alguna proteína de origen animal y escasas porciones de verdura y fruta a pesar de ser productores de algunas variedades.

3.6.18.4 Ciclos festivos

El desarrollo artesanal es bastante limitado, la corresponsabilidad no se muestra entre artesanos y entidades públicas además de que no se cuenta con los espacios públicos adecuados para estos fines. Generación tras generación los puerto quiteños han transmitido sus tradiciones y costumbres a través de festividades en donde se demuestra la combinación entre la sierra y costa ofreciendo una gran diversidad e identidad autóctona como la danza, música y la comida.

- Canonización del Cantón Puerto Quito: 30 de mayo al 1 de abril
- Fiestas de la Virgen del Carmen: 13 - 15 de julio
- Fundación del Cantón Puerto Quito: 02 - 12 de octubre

3.6.19 Organización administrativa

La administración pública de la ciudad está a cargo del alcalde y los concejales elegidos por elección popular, pero por la parte provincial se encuentra bajo la gobernación de Pichincha quien apoya con el trabajo en el cantón.

| | |
|---------------------------|---|
| GOBERNANTE | Consejo Cantonal: Alcaldía |
| ASESOR | Asesoría jurídica: Subprocuraduría Auditoría interna |
| APOYO | Subsecretaría general Dirección de desarrollo institucional Dirección de desarrollo social, cultural, turismo, deportes Dirección financiera |
| AGREGADOS DE VALOR | Dirección de servicios públicos y saneamiento ambiental Dirección de desarrollo vial e infraestructura física Dirección técnica de planificación Sección de tránsito y transporte |
| DESCONCENTRADOS | Registro de la propiedad Consejo cantonal de Salud Consejo cantonal de la niñez y adolescencia Patronato municipal Empresas públicas Cuerpo de bomberos Consejo cantonal de igualdad y equidad Consejo cantonal de seguridad |

Tabla 10. Estructura Orgánica del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Puerto Quito, 2013

Fuente: <http://www.puertoquito.gob.ec> 2013 Directorio del Gobierno Cantonal de Puerto Quito

3.6.20 Características de la situación social de la población

Los casos de registrados de violencia han sido uno de los principales problemas que afecta a la sociedad ecuatoriana sin respetar edad, sexo, color o posición social; pues los conflictos que terminan en violencia se dan tanto en familias humildes como en las de alto estatus social, de manera diferente, pero provocando las mismas consecuencias ya sean físicas o psicológicas en los individuos afectados.

En el cantón de Puerto Quito, la situación no es diferente. Analizando los factores influyentes para que exista violencia intrafamiliar y de género, tales como pobreza, falta de educación, desorganización de la estructura familiar, adicciones; convierten a su población en un blanco vulnerable para que ocurran dichos eventos.

Según datos proporcionados por la Fiscalía de Puerto Quito en relación a denuncias realizadas, desde enero del 2015 hasta la presente fecha se han presentado 15 delitos sexuales. Desde agosto del 2014 se ha implementado un registro específico para la violencia psicológica en donde se contabilizan 33 casos, además de una denuncia por delito de violación. La trata de personas ha disminuido considerablemente debido sanciones como prisión y amparos teniendo así una sola denuncia en lo que va de año.

| DELITO | N.º DE CASOS REPORTADOS |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Violencia Familiar | 35 |
| Violencia de Genero | 15 |
| Consumo de sustancias tóxicas | 2 |
| Alcoholismo | 2 |
| TOTAL | 54 |

Tabla 11. Casos de violencia

Fuente: Fiscalía Puerto Quito denuncias 2015

3.6.21 Factores protectores

En Puerto Quito, en cuanto al manejo de pacientes con problemas de alcoholismo y drogas, existe una red de ayuda elaborada por el Ministerio de Salud Pública como es la instauración de una Ambulatorio Intensivo. Es un programa de atención integral a pacientes con drogo dependencia y consumo de otras sustancias, el cual es dirigido por el personal de salud mental, médicos familiares y terapeuta

ocupacional, en el que se desarrollan terapias grupales para el apoyo y seguimiento, en el centro de salud existe un lugar físico destinado para el tratamiento de estos problemas, las acciones que se realizan de manera individual con visitas domiciliarias y se busca el involucramiento de toda la familia del individuo. Obviamente el trabajo que se ejecuta en el Centro de Salud requiere el apoyo de Centros Educativos y otros actores sociales para la identificación oportuna de casos. El Ministerio de Salud Pública, cuenta con la sala de primera acogida en el área de emergencia, un espacio creados para dar atención oportuna especializada e integral a niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombre, gays, lesbianas, trans y cualquier persona que viva o haya vivido situaciones de violencia o abuso. En las salas de espera de la unidad de salud, el personal, constantemente realiza charlas educativas para que la población sea capaz de reconocer los diferentes tipos de violencia física, psicológica, sexual, económica; busque ayuda y denuncie de manera oportuna. (ASIS, 2018)

3.6.22 Características económicas de la población

El cantón es eminentemente agrícola, la mayoría de la población, labora en el campo, cultivando cacao, palma africana o palmito, que son los productos más sobresalientes de la zona, dando la sostenibilidad económica al área. La agricultura representa la principal fuente de trabajo del área rural del cantón, la mayoría de la producción es comercializada en las industrias de la localidad o en mercados locales que pertenecen al cantón o circunvecinos.

La cría y comercio de cerdos y ganado vacuno, genera un comercio dinámico que constituye un ingreso adicional a las familias. Adicionalmente, los finqueros han

establecido planteles avícolas y la piscicultura. La producción de derivados es mínima por lo que la mayoría de producción es para consumo de la propia localidad. El sector turismo constituye una potencialidad fuerte del cantón, sin embargo, no está desarrollada en su totalidad, los lugares turísticos conformados por los bienes naturales principalmente incluyen en sus rutas la promoción de la identidad cultural, así también de las tradiciones y costumbres del sector. Los lugares turísticos más conocidos son: la playa del Caoní, la cascada azul, cascada el silencio, cascada Macallares, la piedra de vapor, entre otros. (GADM de Puerto Quito).

3.6.23 Matriz productiva

En la tabla a continuación se detallan las actividades productivas correspondientes a Puerto Quito.

| ACTIVIDADES PRODUCTIVAS | PORCENTAJE |
|--------------------------------|-------------------|
| Agrícola | 38 % |
| Ganadería | 27% |
| Pecuaria | 10% |
| Turismo y comercio | 8% C/U |
| Forestal | 5% |
| Artesanías | 3% |
| Industria y Ecoturismo | 1 % C/U |

Tabla 12. Matriz productiva

Fuente: PDOT/GADM Puerto Quito

3.6.23.1 Agricultura

La palma africana, el cacao, el palmito, la maracuyá y el pimienta son sembrados y cosechados con fines comerciales e industriales en las fincas y haciendas de Puerto Quito, mientras que el banano, yuca y frutas propias de la zona como la

naranja, limones, guabas, arasha, mandarinas y zapotes sirven para el autoconsumo. Los pastizales o potreros, no considerados para el consumo humano, también ocupan un importante lugar en las preferencias de siembra porque son útiles para la ganadería, mas no como venta de hierba. De las 27.395 hectáreas cultivadas identificadas en las fichas de levantamiento de información primaria de la encuesta realizada por la GADM de Puerto Quito en agosto del 2011, la palma africana es el producto de mayor demanda para su cultivo con un 59%, el Cacao 30%, el palmito 5% y el porcentaje restante sembríos frutales 5% para autoconsumo o comercialización dentro del cantón. (GADM de Puerto Quito, 2015)

3.6.23.2 Ganadería

Ganado de leche, de engorde, cerdos, pollos y tilapia son los animales de mayor preferencia por los ganaderos de la zona, por su facilidad de comercialización y crianza; los ganaderos mayoristas y minoristas, destinan parte o totalidad de sus terrenos al crecimiento de pasto para el consumo de sus animales, con sustento de pastizal en pastizal, es decir mientras crece y se reproduce un terreno, el siguiente está listo para el consumo del ganado. (GADM de Puerto Quito, 2015)

Según datos del censo agropecuario (2000), la producción ganadera en el Cantón es prioritaria con ganado multipropósito para carne y leche, las actividades porcinas son de menor cantidad; la dirección de Catastros del GADM de Puerto Quito, reveló según datos obtenidos en el 2006 que se ha reducido el número de hectáreas destinadas a pastizales representaba el 44.48% y hoy casi el 37.92% en casi 2000 hectáreas.

3.6.23.3 Pesca

Según conversaciones con los lugareños la actividad pesquera solo se lo realiza para consumo propio no da para comerciar, debido a una mala práctica de pescar y contaminación de los ríos. En el cantón se practica la pesca deportiva en algunos lugares turísticos, aprovechando el cruce del río del Caoní se pesca diversas especies como sábalo, barbudo, guaña, guanchiche y camarón de río, es una aventura en sí mismo. (GADM de Puerto Quito, 2015)

3.6.23.4 Comercio

La Jefatura de Avalúos y Catastros de Puerto Quito, en la actualización de datos del 2015 contabiliza 667 locales comerciales en el centro del cantón; mientras que en los recintos la cifra es de 304 locales comerciales. (GADM de Puerto Quito, 2015)

Empresas mayoristas adquieren palma, palmito, bosque, cacao, los procesan e industrializan para mercados provinciales nacionales y mundiales, generando cadenas de valor y relaciones comerciales que permiten la asesoría técnica, crédito, entre otras generando a su vez industrias de materia prima para diversas actividades.

Los principales sitios de comercialización son Simón Bolívar, Quinindé, La Concordia, la cabecera cantonal de Puerto Quito, Santo Domingo de los Tsáchilas y Pedro Vicente Maldonado.

El autofinanciamiento es la principal forma de obtención de recursos de los agricultores habitantes del Cantón, debido a los múltiples problemas y requisitos que ponen las Instituciones financieras, la población prefiere no hacer créditos; el multicultivo de sus tierras les permite producir y generar recursos que se reinvierten en sus propias tierras. (ASIS, 2018)

En ninguno de los caseríos y recintos, existe sucursales de entidades bancarias; en la cabecera cantonal está la Cooperativa San Miguel de Los Bancos con cajero automático de 24 horas, Cajero automático del Banco de Pichincha, La Cooperativa Puéllaro; Banco de Guayaquil que brindan servicios en negocios locales con “mi vecino” y “banco del barrio” respectivamente. En La Sexta, existe la organización llamada Fundación Caritas, que realiza actividades financieras de créditos de consumo a bajos intereses y tiene su sede en Santo Domingo de los Tsáchilas.

3.6.23.5 Turismo

El territorio del Cantón Puerto Quito, está lleno de fuentes de agua, ríos, esteros y cascadas, éstas son el atractivo principal de la zona, ubicada a 143 kilómetros de Quito, es uno de los destinos turísticos en la denominada Ruta de los KitusKaras, donde los visitantes nacionales y extranjeros pueden disfrutar del turismo y ecoturismo comunitario, de aventura o de descanso en los balnearios de los ríos y hermosas cascadas, además de las visitas que se pueden realizar a los asentamientos precolombinos de la zona o admirar la marimba puerto quiteña que es interpretada por los grupos de tradicionales de los pueblos afro esmeraldeños que se asentaron ancestralmente en el lugar para la extracción de tagua y caucho. (GADM de Puerto Quito, 2015)

Según datos de la Secretaria de Turismo de la GADM de Puerto Quito, de los 21.436 turistas ecuatorianos que visitaron Puerto Quito en el 2012, 19.507 provienen de Quito, 857 de Santo Domingo, 423 de Manta y La Concordia y de Quinindé 226, prefiriendo las actividades de ecoturismo, de aventura y culturales. De 2.121 turistas extranjeros, 1.060 son holandeses, 933 alemanes, 637 son

Israelitas y 637 españoles, no existen registros de países latinoamericanos o de Norteamérica a pesar de que si se han avizorado extranjeros de estas zonas.

Los lugares más visitados de Puerto Quito son: el bosque húmedo primario que se encuentra relativamente intacto, rico en flora y fauna, la observación de pájaros, balnearios y cascadas, balneario la playita, piedra de vapor, cascada azul, cascada del silencio, cascada Macallares y la cascada flor de oro.



Figura 7. Turismo

Fuente: Ministerio de Turismo. Turismo y aventura en Puerto Quito

En Puerto Quito se pueden realizar varios deportes extremos, según los requerimientos de los visitantes, tales como: Rafting, Kayak, Tubing, Rappelling, Paseo a Caballo, Bicicleta de Montaña, Caminatas, Pesca Deportiva, Snorkel.

Los visitantes pueden hospedarse en cabañas construidas con material del medio, en hoteles, hostales, Complejos turísticos, etc. cuentan con baño privado, capacidad de 2 a 8 personas. Los costos varían según el sitio y la ocasión, fluctúan entre \$10 y \$25 por persona, en algunos lugares este costo incluye desayuno. (GADM de Puerto Quito, 2015)

3.6.23.6 Industria

La industrial en el cantón Puerto Quito se encuentra marcada por fábricas extractoras de palma y varias empresas medianas procesadora de madera y frutas. La actividad industrial local en el comercio y las microempresas se da en ferreterías, panaderías, talleres de fabricación de alimentos para pollos, restaurantes, farmacias, bodegas de víveres, cabinas telefónicas, tiendas, centros de copiado, carpinterías, aserraderos, bares, karaokes y estaciones de servicio. (GADM de Puerto Quito, 2015)

El potencial de (industria, gran empresa y manufactura) es alto debido a que el uso del suelo es estrictamente de agricultura y que el cantón se dedica netamente al cultivo de palma africana.

3.6.24 Población económicamente activa

De una base de 7658 encuestados por el INEC 2010, 60% recibe sus ingresos por actividades agrícolas, 4% a través de las industrias y manufacturas, 1.38% habitantes tienen u obtuvieron nuevo empleo y 2.62% son servidores públicos. Los salarios recibidos son de jornaleros ó peones con un 37%, por comercio 27%, y 145 personas laboran sin recibir ingresos económicos a cambios de alimentación y vivienda.

El 2.23 % de la población de Puerto Quito, según los datos del INEC 2010, estuvieron impedidas de trabajar por discapacidad; cabe recalcar que existen 11256 habitantes que no tienen Seguro Social de 14338, es decir 78.50% no poseen Seguro, ellos se atienden en hospitales públicos y buscarán en algún momento ayuda social, debido a que no cuentan con prestaciones mensuales que garanticen mejores días posterior a la etapa laboral.

De 4120 consultados según el INEC 2010, 27 personas no trabajaron la semana anterior al censo, equivalen al 0.6% de los encuestados; la tendencia es que las personas que no trabajan o no generan ingresos económicos son mínimas.

3.6.25 Perfil ocupacional: empleo y desempleo

Aproximadamente 8580 personas son dueños de negocios o fincas, de las cuales 8465 se dedican a actividades de jornaleros, agricultor, entre otras; en este número se encuentran también los propietarios de fincas que se dedican a otras actividades, 2586 están afiliadas y dependen de un sueldo mensual, 3416 representan al grupo de estudiantes y adultos mayores. (GADM de Puerto Quito, 2014).

3.6.25.1 Actividad laboral y/u ocupacional por actividad económica

De una base de 7658 encuestados por el INEC 2010, 60% recibe sus ingresos por actividades agrícolas, 4% a través de las industrias y manufacturas, 1.38% habitantes tienen u obtuvieron nuevo empleo y 2.62% son servidores públicos. Los salarios recibidos son de jornaleros ó peones con un 37%, por comercio 27%, y 145 personas laboran sin recibir ingresos económicos a cambios de alimentación y vivienda.

3.6.25.2 Pobreza por NBI

El índice NBI (necesidades básicas insatisfechas) es un método directo para identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza. Las carencias críticas se enmarcan en el acceso a vivienda, servicios básicos, educación e insuficiencia de ingresos. La población del Ecuador es 14.203.484; no pobre es de 10.006.022, pobre 4.197.462, en la provincia Pichincha del total de habitantes

2.420.051, existen no pobre 2.094.527 y pobres 325.524. (INEC, 2014). En el cantón Puerto Quito existen necesidades básicas insatisfechas, que afectan a la calidad de vida de sus habitantes tanto en zonas rurales como urbanas.

3.6.26 Perfil educativo

En el régimen del buen vivir se menciona al sistema nacional de inclusión y equidad social que comprende: educación, salud, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte, determinados en la Constitución de la República en el Art. 14.- Se reconoce el derecho al Buen vivir Sumak Kawsay. La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo.

3.6.26.1 Nivel de instrucción de la población

El 47% de la población del cantón Puerto Quito tiene acceso a educación básica, el 19%, a la secundaria, y 4%, a la superior. Estos porcentajes reflejan importantes logros en la cobertura de la educación básica. Por el contrario, el acceso a la educación superior y de posgrado es muy limitado. El 8 % de la población no registra acceso alguno a educación formal en el territorio, y solo el 1% está inmerso en algún programa de alfabetización, mostrando que existen problemas en el sector educativo que afectan a la población y constituyen una debilidad en el territorio.

3.6.26.2 Analfabetismo

El analfabetismo es la incapacidad de leer y escribir, que se debe generalmente a la falta de aprendizaje. El índice de analfabetismo de la población del Cantón Puerto Quito es de 9% en la zona rural y 5% en la zona urbana en comparación con los cantones vecinos, este cantón tiene los niveles más altos en la zona urbana, el promedio de escolaridad de la población en la Zona es de 7 años. En la actualidad también se habla de analfabetismo digital que corresponde a las personas que no saben utilizar una computadora, internet y celular. (GADM de Puerto Quito, 2015)

3.6.26.3 Deserción escolar

Es uno de los temas que se está viendo mucho en la actualidad, podemos decir que en términos más comunes quiere decir el abandono de estudios en los niños y jóvenes en la educación ya sea en cualquier nivel (primario, secundario, medio superior y superior) ya que este gran problema afecta tanto al individuo y por supuesto a la sociedad en la que vive. (ASIS, 2018)

Los inconvenientes que causan este problema de la deserción escolar en realidad son un gran número clasificándola así en causas externas a la escuela y causas internas a la escuela, pero unos de los más importantes y más notorias son los siguientes ya que pertenecen a las causas externas a la escuela:

Problemas económicos: este es uno de los factores más importantes ya que por el no tener el recurso que es el dinero no terminan su preparación académica.

Problemas familiares: como su nombre lo dice que tienen problemas con sus padres, hermanos, etc.

Enfermedades: como alguna discapacidad, o enfermedades crónicas.

El no gustarle la escuela: por algunas circunstancias de compañeros, que él se resegar, por el simple hecho de que no les gusta ni les llama la atención los estudios (escuela) casarse o unirse: esta es una causa que se ve más en el nivel de medio superior y superior.

El salir embarazada: al igual que el casarse o unirse.

3.6.26.4 Educación personas con capacidades especiales

En el cantón existen alrededor de 1.056 casos reportados, esto representa el 5% del total de la población, el mayor porcentaje es de tipo física-motora representa el 43%. (INEC, 2010)

Puerto Quito cuenta con la fundación no gubernamental “Amigos del Arca”, misma que brinda servicios de estimulación, aprendizaje y sociabilización a más de 30 personas con capacidades diferentes; gracias a la colaboración del Centro de Salud de Puerto Quito, se realizan planes de salud integral con trabajo social, medicina general, odontología y psicología para brindar una mejor calidad de vida.

Debido a la falta de instituciones con la capacidad para atender las necesidades de esta población, un gran número de niños acude a establecimientos regulares mismo que no brindan la atención y los cuidados necesarios para estimular su desarrollo y el aprovechamiento óptimo de sus capacidades. Otra limitante es la falta de recursos en transporte y viabilidad.

Actualmente se ha logrado que personas con discapacidad tengan acceso a instituciones educativas especiales e incluso a instituciones regulares obteniendo buenos resultados registrando así 176 casos de alumnos con discapacidades inmersos en el sistema educativo.

3.6.26.5 Cobertura e infraestructura de educación

Para atender la educación de 0 a 5 años cuenta con un proyecto llamado Creciendo en familia en dos modalidades (CNH Y CIBV) que agrupa alrededor 500 niños aproximadamente (en este proyecto la Abundancia, 29 de Septiembre y Buenos Aires cuentan con un administración independiente de Puerto Quito)

En cuanto a educación básica existen 77 planteles educativos (57 y 21 pluridocentes y 4 completos), para este número de alumnos existen aproximadamente 200 maestros, 2 colegios a distancia y 5 presenciales con 114 maestros y 1 centro artesanal, agrupa un total de población aproximada de 5622 estudiantes. La educación superior en el Cantón es escasa en la actualidad cuenta con un único instituto y la mayor parte de los jóvenes salen a estudiar en otras ciudades como Quito, Santo domingo, la Concordia entre otras.

La población estudiantil representa el 34% de la población total del Cantón Puerto Quito sin tomar en cuenta los estudiantes de bachillerato y superior que salen a otros cantones vecinos, en la cobertura de este tipo de educación hay una gran debilidad ya que no abastecen los pocos colegios que hay en el Cantón.

Según datos del INEC, del censo de población y vivienda 2010 la población de 5 años a 14 años es 5.148 de los cuales están estudiando el (73%) 3762 se puede considerar como una fortaleza, la población de 15 años 18 es de 1756 de los cuales estudian en el territorio.

Realizado un análisis de la población de cada uno de los recintos del cantón Puerto Quito, se ha determinado que 7 recintos cuentan con escuelas y 8 recintos no tienen dichos establecimientos debido a que la población escolar no es suficiente como lo indica las normas educativas, de 11 niños mínimo para implementar una escuela,

los recintos que se podría considerar para este propósito son: Los Pachacos y Valle del Progreso, cuentan con población suficiente de 0 a 5 años y de 5 a 11 años.

Además de lo anteriormente referido según datos estadísticos en el cantón de puerto quito la mayoría de la población tiene acceso a la educación, reflejando a continuación el número de alumnos que asisten a las instituciones educativas por nivel escolar y además del número de maestros que se encarga de tan preciada labor.

3.6.27 Características del perfil de salud

3.6.27.1 Morbilidad

Las morbilidades más frecuentes por las cuales las personas acuden hacia la Unidad Operativa son: caries dentales, parasitosis intestinal e infección de vías urinarias y respiratorias, lo que está relacionado a la carencia de servicios básicos, condiciones climáticas y las deficiencias higiénico sanitarias además de falta de educación en la comunidad respectivamente. Las enfermedades crónicas no transmisibles, también aportan con un número considerables de casos lo que se atribuye a los malos hábitos dietéticos y de ejercicio.

Las morbilidades más prevalentes en las mujeres embarazadas son: infección de vías urinarias, infecciones vaginales, anemia, y en menor frecuencia aumento de peso, hipertensión gestacional.

Lo que se realiza para el control y prevención de alguna de estas enfermedades:

- Registro de cada una de las embarazadas en las atenciones de nutrición
- Evaluación mensual de la ganancia de peso
- Prueba de Papanicolaou
- Exámenes de laboratorio que incluye BH, GS, glucosa, EMO y eco obstétrico.

- Visitas domiciliarias a las pacientes que no acuden a su control mensual
- Charlas educativas sobre el parto, enfermedades durante el embarazo, alimentación.

Entre los menores de 5 años, los primeros puestos, lo ocupan las enfermedades respiratorias, en ambos sexos, como causa aparente el clima lluvioso y húmedo que permite mayor replicación viral y bacteriana. A esta problemática, le siguen en orden de frecuencia enfermedades parasitarias, caries de la dentina, anemia. Se puede indicar que este primer cuatrimestre es similar al del año anterior.

La morbilidad más frecuente en los adolescentes, en este primer cuatrimestre difiere del año anterior, ya que en más porcentaje se observa caries, parasitosis intestinal, seguido de enfermedades respiratorias e infecciones de vías urinarias, las cuales reflejan las serias falencias en el sistema sanitario, cuidado personal y estilos de vida.

La primera causa de consulta de las personas adultas son las caries de la dentina en ambos sexos, seguido por enfermedades del cuello uterino, además se evidencia infecciones del sistema urinario y genitales en mayor proporción en el sexo femenino. La hipertensión predomina en mujeres.

La primera causa de morbilidad del adulto mayor en Puerto Quito en el primer cuatrimestre del 2016 es la hipertensión arterial, seguida de hipercolesterolemia, parasitosis, cistitis aguda, lumbago, diabetes mellitus 2. Esto demuestra que la hipertensión y diabetes mellitus 2 son más comunes en los grupos de edad más avanzados y sobre todo en mujeres.

De acuerdo a las tablas se puede aseverar que en el primer cuatrimestre del 2016 se presentó morbilidad primaria en Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2,

epilepsia 10 casos y Parkinson 1 caso, lo que refleja el incremento considerable de la población afectada con enfermedades crónicas y degenerativas.

3.6.27.2 Mortalidad

En las comunidades desde el mes de Junio 2014 hasta Febrero 2015, se ha registrado únicamente una muerte de una niña de 6 años, debido a un traumatismo, en la Comunidad de Villaflor. La tasa de mortalidad en nuestra población de 296 personas es de 0.3% por cada 100 personas. En el presente año no se reporta casos de mortalidad en el centro de salud.

3.6.27.3 Tasa de fecundidad

La Fecundidad es un componente demográfico que se utiliza para evaluar las tendencias del crecimiento de la población en un país. La evolución de este indicador en el Ecuador se presenta a partir del censo de 1982. Entre 1982 y el 2010, las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) crecen en 98,7%, en tanto que el número de hijos nacidos vivos disminuye en un 12,7% en el período de referencia.

El promedio de hijos de las mujeres en edad fértil tiene una tendencia decreciente, al pasar de 4,0 en 1982 a 1,8 hijos por mujer en el año 2010.

La Tasa de Fecundidad General se reduce de 134 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en 1982 a 76 nacimientos en el año 2010. En el período de referencia presenta una disminución del 43,3%.

Las tasas de fecundidad por edad específica muestran que en el grupo de 20-24 es mayor la fecundidad. El aporte a la fecundidad en edades mayores a 40 años es menor. En el año 2010, la Tasa Global de Fecundidad en Ecuador es de 2,4 nacidos vivos, es decir una mujer durante su vida fértil tendría en promedio 2 hijos.

Los valores de la TGF en el Ecuador han disminuido a lo largo del tiempo, debido a influencias de índole cultural, económica y política como los planes de salud y educación sexual. (INEC, 2010)

La TGF es mayor en las zonas rurales que en las urbanas esta diferencia disminuye a medida que se elevan los niveles de desarrollo económico y social. Los datos exactos sobre la fecundidad en el cantón Puerto Quito no son exactos pero debido a esta conclusión y porque se ha observado un incremento en los embarazos adolescentes se puede decir que en esta zona la tasa de fecundidad será mayor, debido a carencias en la educación, bajo nivel económico, entre otros.

3.6.28 Oferta de servicios de salud

El Sistema Nacional de Salud reconoce como infraestructura a Hospitales, Centros de Salud, Subcentros de Salud, Puestos de Salud, Dispensarios del Seguro Social Campesino, entidades de salud privadas, ONG's de salud y campañas de salud.

El cantón Puerto Quito tiene quince entidades de salud, en la cabecera cantonal existen tres unidades que son: Patronato del Municipio, Patronato del Consejo Provincial y un Centro de salud del Ministerio de Salud Pública. En el sector rural existen tres Centros de Salud en los subsectores Buenos Aires 1 y 29 de septiembre, la Abundancia. También dispone de tres unidades de salud que pertenecen al Seguro Social Campesino que se encuentran en los subsectores: Agrupación Los Ríos, Puerto Rico y Puerto Quito rural.

En la cabecera cantonal se pueden encontrar varias farmacias que cumplen los lineamientos básicos para el expendio de medicamentos, pero en los recintos y

caseros los pocos medicamentos que existen son adquiridos en las tiendas, sin cumplir controles sanitarios.

Puerto Quito cuenta con servicios en Atención Primaria, el centro de Salud Tipo C se encuentra ubicado en la cabecera cantonal, vía Piedra de Vapor. Brinda servicio de atención por consulta externa de 8:00 a 17:00, durante toda la semana sin contar con feriados, además del servicio de Emergencia durante las 24 horas, 365 días del año.

- Medicina Familiar
- Medicina General
- Obstetricia
- Pediatría
- Ginecología
- Psicología
- Estimulación Temprana
- Fisiatría
- Odontología
- Inmunizaciones
- Laboratorio
- Rayos X
- Atención de parto humanizado.
- Planificación Familiar
- Farmacia
- Atención de Urgencias – Emergencias 24 horas
- Salud Escolar y del Adolescente
- Ecografía.

En caso de ser necesaria atención en niveles de mayor complejidad las transferencias son dirigidas a los hospitales de Santo Domingo, Quito, o unidades que prestan su apoyo mediante la activación de la Red Complementaria de Salud. El servicio de Ambulancias respaldado por el ECU 911, en la unidad operativa existe un vehículo, camioneta Chevrolet Dimax, adaptada para funcionar como tal, pero no cuenta con las necesidades básicas para realizar la estabilización inicial de un paciente.

Las rutas de acceso están en proceso de construcción, la movilidad se dificulta por falta de transporte público. Los recintos más lejanos que pertenecen geográficamente a esta casa de salud y con mayor problemática vial son Palestina, Arenanguita, Occidental 1, Santa Fé, Brisas del Sábalo, entre otros. El tiempo aproximado en arribar va de 1 a 2 horas y depende además de las condiciones climáticas, disponibilidad de transporte (debido a que existen solo dos horarios de buses que corresponden al ingreso y salida de los estudiantes), sin tomar en cuenta que ciertos recintos no cuentan con vías para el acceso de transporte y los habitantes deben caminar hacia la carrera de treinta minutos a una hora.

3.6.28.1 Medicina ancestral y alternativa

Puerto Quito al tener influencia directa de grandes ciudades tales como Quito, Santo Domingo y Esmeraldas, se han ido relacionando en mayor medida con la medicina occidental, pero sin dejar de lado a la medicina ancestral, en ciertos recintos existen parteros (as) y Shamanes, “sobadores” pero la gente opta cada día con más frecuencia acudir al Centro de Salud. El trabajo conjunto que se realiza con la medicina ancestral consiste en brindar charlas educativas sobre todo a parteras para

de esta manera controlar la mortalidad materna infantil, es así como las personas tienen la opción de acceder a cualquiera de estas dos alternativas. (ASIS, 2018)

En el Ecuador, el MSP se ha propuesto enfrentar este aislamiento a través de la promoción de procesos interculturales de salud. Un ejemplo de esta iniciativa es la adaptación de los servicios obstétricos a las necesidades culturales de la población en zonas rurales, y la implementación de la normativa para la atención del parto culturalmente adecuado en el primer y segundo nivel de atención.

Hay muchas razones que pueden explicar por qué las mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Sin embargo, la ENDEMAIN 2004 demuestra que la vigencia de la partería tradicional, junto con las percepciones de calidad en las relaciones interpersonales en las unidades operativas del MSP, juegan un rol importante en las decisiones de las mujeres sobre dónde dar a luz. Entre las mujeres cuyo último parto había tenido lugar en el hogar, el 24% mencionó la confianza y el trato más humano de la partera como una de las razones más importantes para tener un parto domiciliario.

Durante este año, dichas actividades se llevan a cabo por el personal de obstetricia, quienes a través de reuniones mensuales buscan educar, con el fin de detectar a tiempo signos de alarma durante el embarazo para realizar su referencia oportuna a las unidades de salud y disminuir la tasa de mortalidad materna infantil.

3.6.29 Vivienda y servicios básicos

La Vivienda en la provincia del Pichincha, basándose en los resultados del VI Censo de Población y de Vivienda, realizado por el INEC en el año 2010, se tiene que, Pichincha posee un total de 727.838 viviendas (ocupadas con personas

presentes), como era de esperarse el cantón Quito, es aquel que registra el mayor número de viviendas arrendadas con hogares de 268.600 mientras que vivienda propia en un número de hogares es de 250.221, en la vivienda prestada se dispone en un número de hogares de 73.356, en tanto que en el número de hogares con vivienda por anticresis es de 1.572.

La densidad poblacional de Puerto Quito es de 2.93 hab/km². Según datos del INEC en el Cantón cuenta con 6.630 viviendas, de las cuales se registran 906 desocupados al momento de ser censadas. Tomando en cuenta que la mayor parte de la población vive en el área rural las viviendas son villas, hay pocos departamentos debido a su manera independiente de vida.

3.6.29.1 Infraestructura básica:

El 58% de las viviendas tiene dueños que viven en su propiedad, el 19% de las viviendas en el área rural son prestadas a trabajadores que cumplen funciones agrícolas y/o de cuidado, debido a que en Puerto Quito existen propietarios de grandes fincas de palma, palmito y cacao que no viven en el Cantón.

El déficit cuantitativo de vivienda es de 20.2% según cifras del INEC 2010 y en déficit cualitativo el 47,5% de las viviendas están en mal estado.

En el Cantón de Puerto Quito, como se ha mencionado cuenta con una parte urbana y rural. En la parte urbana las viviendas son construidas con materiales básicos de construcción cuentan con las comodidades propias que se observan en las ciudades y organización adecuada en relación a la tendencia de animales.

A nivel rural las viviendas son construidas en su mayor parte con madera y zinc, en muy pocas ocasiones son hechas con bloque, debido al clima cálido húmedo no cuentan con ventanas, tampoco con mosquiteros, por lo que las viviendas son

totalmente inseguras. Además, debido a la presencia de animales afectivos, aves de corral, y al no tener un sitio para la recolección de basura, las casas se encuentran rodeadas de tierra, lodo, excremento de animales, lo que representa un peligro para la salud.

3.6.29.2 Acceso a los servicios de saneamiento

El afluente que se utiliza para el sistema de agua potable de la ciudad de Puerto Quito es el río Culebritas. La captación de las aguas del río Culebritas se realiza a 16 km aproximadamente de la planta, por medio de una toma convencional provista de un azud y rejilla lateral, la cual está recién construida con la capacidad suficiente para abastecer a la nueva planta de tratamiento.

En la captación se realiza previamente la remoción de las partículas más gruesas, función que es realizada en los desarenadores.

Durante la época de invierno la limpieza de la rejilla y de todas las estructuras de la captación como son el desripiador y desarenado, son cuidadosamente vigiladas durante todo el tiempo para que no exista ningún inconveniente en el agua que se conduce a la ciudad.

El proceso de desinfección del agua se realiza por medio de cloro gas, el operador debe estar siempre muy pendiente sobre la dosificación que determine el laboratorista. (GAD Puerto Quito 2015, Manual de Operación y Mantenimiento de la Planta de tratamiento de agua potable para la ciudad de Puerto Quito 2015).

3.6.29.3 Servicio eléctrico

La mayor parte del cantón Puerto Quito tiene servicio eléctrico, incluido los recintos y caseríos, a pesar de que muchas de las instalaciones eléctricas son

tomadas directamente de los postes, sin autorización de la Empresa Pública Municipal de Infraestructura Desarrollo y Servicio EMPIDES.

3.6.29.4 Servicio telefónico fijo y móvil

De 5058 hogares el 10% de los hogares dispone de teléfono convencional y el 77% de los hogares dispone de telefonía móvil de estos el 63% son del área rural.

Los nodos de comunicación son: CNT EP en la cabecera cantonal, otro en de la operadora CONECEL en la Independencia, 29 de Septiembre y un extra en el sector la Florida.

La cobertura de telefonía móvil que tienen en el cantón Puerto Quito son CONECEL S. A. (CLARO) con tecnología GSM banda 850 MHz y OTECEL S.A. (MOVISTAR) con tecnología GSM banda 850 MHz, existen 3875 hogares que tienen servicio de telefonía móvil y 1183 hogares que no la poseen.

El cantón Puerto Quito tiene el servicio de internet proporcionado por la telefonía convencional del estado CNT, telefonía móvil y fibra óptica enlazada a radio frecuencia. Existen 147 hogares del cantón que tienen el servicio.

3.6.29.5 Eliminación de desechos líquidos y sólidos

De acuerdo a la norma OPS/CEPIS/PUB/01.72; Que hace referencia a los Indicadores para el Gerenciamiento del Servicio de Limpieza Pública, se presenta el siguiente cuadro con los indicadores generales y operacionales del personal de recolección de residuos sólidos de acuerdo al nuevo sistema de recolección planteado para el cantón Puerto Quito.

El manejo de residuos sólidos del cantón Puerto Quito, constituye uno de los problemas sanitarios y ambientales que requiere atención prioritaria e inmediata, especialmente por la carencia de un relleno sanitario para la disposición final de los desechos, lo que genera consecuencias negativas al vecindario a los botaderos utilizados en la actualidad y al medio ambiente, constituyéndose en una preocupación de las autoridades, las cuales están empeñadas en solucionar este problema e implantar un sistema para la gestión integral de los residuos generados en el área urbana y rural. (GADM de Puerto Quito, 2015)

Con este antecedente, el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Puerto Quito, ha considerado importante realizar los diseños de un relleno sanitario, componentes de manejo y de un modelo de gestión para los residuos sólidos generados por la población, los cuales serán desarrollados en esta etapa, siendo la presente consultoría contratada con CONSULTORACAV Cía. Ltda., una herramienta fundamental. (GADM de Puerto Quito, 2015)

Actualmente, se dispone de un área de propiedad municipal, la cual fue definida tras haber realizado la selección de alternativas para ubicación del sitio para diseño y construcción del relleno sanitario del cantón Puerto Quito, determinada mediante la aplicación de un proceso participativo de preselección en el que participaron instituciones como el Ministerio de Salud Pública, la Dirección de Gestión Ambiental de Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Puerto Quito (GADMCPQ) y la Asociación de Municipalidades del Ecuador

El terreno donde se construirá el Nuevo Centro de Gestión Integral de Desechos Sólidos, se encuentra ubicado en el Recinto “Agrupación Los Ríos”, a 30 km del centro urbano de Puerto Quito, en las coordenadas E-696600 N10027900 y se accede por la vía Puerto Quito – Recinto Las Maravillas – Agrupación Los Ríos.

3.6.29.6 Tratamiento de animales domésticos y de corral

En la zona urbana de Puerto Quito, no existe control alguno de animales domésticos y de corral, en su mayoría los perros y gatos están mal cuidados, sin vacunas, enfermos y con plagas, tampoco existe un control de natalidad de esos animales por parte de los dueños y mucho de las autoridades; la realidad no es distinta en los recintos y caseríos pertenecientes al cantón, además de verse empeorado por la cría de pollos y cerdos fuera de corrales y establos en toda la zona.

3.6.30 Protección social de la población

La competencia exclusiva del GAD municipal es planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación, así como los espacios públicos destinados al desarrollo social, cultural y deportivo, de acuerdo con la ley que debe ser gestionada concurrentemente con el Gobierno Nacional por ser rector del Sistema Nacional de Salud y gestionar, coordinar y administrar los servicios públicos que le sean delegados o descentralizados por otros niveles de gobierno. Por lo tanto, la protección social que existe en el Cantón Puerto Quito es responsabilidad tanto del gobierno central, como del gobierno municipal y los actores sociales.

3.6.30.1 Programas y proyectos de protección social

3.6.30.1.1 Bono de Desarrollo Humano

Beneficio monetario mensual de USD 50 que está condicionado al cumplimiento de requisitos establecidos por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, y que lo reciben los representantes de los núcleos familiares (madres) que se encuentran

bajo la línea de pobreza establecida por el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de acuerdo a los resultados obtenidos del Registro Social.

3.6.30.1.2 Bono para la Tercera Edad

Beneficio monetario mensual de USD 50 dirigido personas mayores de 65 años de edad. Se incorporará inicialmente a aquellos Adultos Mayores que se encuentren bajo la línea de pobreza establecida por el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de acuerdo a los resultados obtenidos del Registro Social, y considerando la progresividad que se establece en la Constitución, a partir del año 2010, se establece un cronograma de incorporación de nuevos beneficiarios.

3.6.30.1.3 Pensión para personas con Discapacidad

Beneficio monetario mensual de USD 250 dirigido a las Personas con un porcentaje de discapacidad igual o mayor al 40 % establecido por el CONADIS, que se encuentren bajo la línea de pobreza establecida por el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de acuerdo a los resultados obtenidos del Registro Social, y considerando la progresividad que se establece en la Constitución, a partir del año 2010, se establecerá un cronograma de incorporación de nuevos beneficiarios.

3.7 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La estrategia metodológica utilizada en el presente estudio fue de carácter cualitativo, pues busca describir las percepciones y vivencias de los individuos entrevistados para conocer de mejor manera las experiencias y trayectorias entorno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en la comunidad de Puerto Quito.

3.8 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio fue de tipo cualitativo ya que sirve para describir las diferentes características y cualidades de la población estudiada conjugándose con la etnografía como herramienta principal para desarrollar la investigación bajo un marco descriptivo de las características sociodemográficas de los individuos y llegar así a abarcar las experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente del Centro de Salud Puerto Quito.

3.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Estar dentro de las edades de 15 a 75 años
- ❖ Ser hombre o mujer (sin distinción de preferencia sexual)
- ❖ Vivir dentro de la comunidad más de 5 años
- ❖ No tener enfermedades que disminuyan su capacidad cognitiva
- ❖ Firmar el consentimiento o asentimiento informado
- ❖ Ser usuario del centro de salud

3.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ ser menor de 15 años o mayor de 75 años
- ❖ No residir en el cantón
- ❖ Tener una enfermedad cognitiva discapacitante
- ❖ No firmar el consentimiento o asentimiento informado
- ❖ No ser usuario del centro de salud

3.8.3 UNIVERSO Y SELECCIÓN DE INFORMANTES

Para cumplir con el prototipo de participantes en el presente estudio se consideró que cada uno debe cumplir las siguientes características:

- Ser representativo y,
- Diverso

Y bajo estos dos parámetros se tomó en cuenta a personas que cumplían con los criterios de inclusión y que formaban parte de grupos focales representativos en el sector.

La etnografía entre varios autores se define como un método de investigación social, ya que trabaja con muchas fuentes de información. El etnógrafo/a, participa abiertamente o en ocasiones de manera encubierta y se involucra en la vida cotidiana de las personas durante algún tiempo, observando lo que pasa, escuchando lo que dicen, interrogando sobre cosas; o sea, recolectando todo tipo de información accesible para poder dar respuesta a las interrogantes planteadas sobre algún tema, esto mismo se hizo con los informantes seleccionados, en varias ocasiones se los visito en sus domicilios para conocer su entorno y lograr un vínculo más estrecho para recolectar información más veraz y específica

3.8.4 SELECCIÓN DE INFORMANTES

Bajo el tipo de investigación que se realizó, la selección de informantes reunió algunas características y se realizaron algunos pasos por parte del investigador, como primer paso se realizó un mapeo social, se conversó con varios de los personajes representativos de la comunidad y los que dentro de la ciudad se consideraban son iconos o ejemplo comunitarios, esto ayudó a mantener el objetivo inicial y que la verificación de datos obtenidos no sea mal interpretada por el investigador.

Los informantes cumplieron con los parámetros de inclusión desarrollados a continuación, pero sobre todo fueron participantes directos, de grupos focales o indirectos en la comunidad, los mismos que viven en un escenario diferente y tienen apreciaciones diferentes manteniendo la diversidad de la etnografía.

Considerando la diversidad de la población de la localidad se consiguió la participación de algunas personas que cumplieran con las características necesarias para ser considerados informantes, subdivididas en grupos de edad desde los 15 años hasta mayores de 65 años de edad, que contaban con un conocimiento amplio por ser dignidades o que pertenecían a un grupo focal de personas, hombres o mujeres, conocidos o que participan activamente de los procesos de salud, consecuentes en sus visitas al médico, con visiones diferentes sobre la problemática actual del cantón y reconocen los cambios sociales que son necesarios para acabar con los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos día a día, para poder tener una amplia pero no dispersa gama de criterios que ayudaron a la investigación.

Para mayor detalle dentro de los grupos de edades tuvimos a 24 personas seleccionadas que guardaron cierta relación demográfica y laboral poniendo de manera más equitativa la misma cantidad de hombres y de mujeres, las autoridades del cantón entrevistadas fueron tomadas en cuenta de acuerdo al cargo y el género, por las conversaciones mantenidas con algunas personas, se identificaron igualmente 4 personajes comunitarios relevantes y que formaban parte de la comunidad fundadora del cantón, las historias de vida se realizaron a dos personas, igualmente representativas de la comunidad que estuvieron dispuestas a compartir sus experiencias en cuanto a los temas de salud enfermedad y su relación con los servicios de salud además de la relación médico-paciente mantenida a lo largo de los años con los profesionales de la salud que han pasado por este centro y para los grupos focales

se tomó en cuenta a solo los que se reúnen en el centro de salud por ser quienes más acuden y están en contacto con el mismo.

En la siguiente tabla se detalla la distribución de las personas entrevistadas, grupos de edades y características que los acompañaron para ser parte de este estudio.

| LOCALIDAD | CARACTERÍSTICA | N° DE INFORMANTES | TOTAL |
|------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------|
| Puerto Quito | Edad: | | 6 personas |
| | 15- 19 años | 3 hombres – 3 mujeres | |
| | 20 – 35 | 3 hombres – 3 mujeres | 6 personas |
| | 36 – 65 | 3 hombres – 3mujeres | 6 personas |
| | 65 años y más | 3 hombres – 3 mujeres | 6 personas |
| | Autoridad del Cantón | 2 hombres- 2 mujeres | 4 personas |
| | Personajes comunitarios | 2 hombres – 2 mujeres | 4 personas |
| | Historia de vida | 1 hombre – 1 mujer | 2 personas |
| | Grupos focales | 2 | 4 personas |
| | TOTAL | | 38 personas |

Tabla 13. Selección de informantes

Fuente y Elaboración: Autoría propia

3.8.5 INFORMANTES: DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Como se pudo observar en la descripción anterior de la unidad de salud y de la población que acude a ella, existen muchas características sociodemográficas importantes que se relacionan con el comportamiento y la percepción de las características del estudio por parte de la población.

Se describirán a continuación algunas características importantes en este estudio lo cual fue de importancia para la selección de informantes y el universo que se utilizó.

| VARIABLE | SUBVARIABLE | DEFINICION | INDICADORES | INSTRUMENTO |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| Dinámica y estructura de la población | <ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento poblacional - Esperanza de vida - Composición de la población | Indicadores que ayudan a la identificación del desarrollo y crecimiento de la población en estudio | <ul style="list-style-type: none"> - Tasas de natalidad - Tasa de mortalidad - Distribución geográfica de la población | Datos INEC Mapas municipales |
| Salud | <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades prevalentes - Sexual y reproductiva | Datos estadísticos que ayudan a comprobar el perfil epidemiológico de la población | <ul style="list-style-type: none"> - Perfil epidemiológico de la unidad | Datos estadísticos de la unidad operativa de cada año |
| Educación | <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de instrucción - Grado de escolaridad | Grado de educación que alcanza la población | Nivel de instrucción aprobado | Datos INEC |
| Trabajo | Estable Inestable | Tipo de actividad lucrativa a la que se dedica la población | <ul style="list-style-type: none"> - Percentil socioeconómico - Tasa de pobreza | Datos INEC |
| Grupo poblacional | <ul style="list-style-type: none"> - Niños - Niñas - Adolescentes - Jóvenes - Adulto mayor | Distribución por edad y sexo de acuerdo a la tasa de crecimiento poblacional y pirámide poblacional de la localidad | <ul style="list-style-type: none"> - Pirámide poblacional | Datos INEC |

Tabla 14. Variables cuantitativas

Fuente: Autoría propia

Dentro de la población descrita se tuvo un total de 27 personas entrevistadas, se redujo el número de informantes ya que los grupos focales no asistieron a las citas programadas y el acercamiento a las autoridades cantonales fue de igual manera un tanto difícil por la situación de agendamiento de citas y tiempos disponibles.

Con respecto a la población analizada pudimos obtener los siguientes datos demográficos:

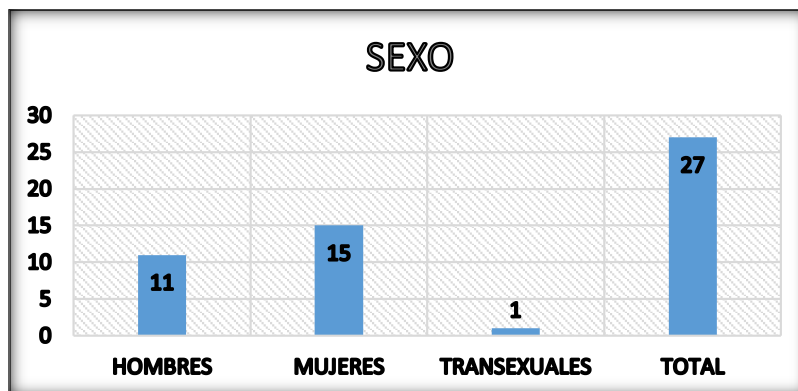


Figura 5. Datos demográficos de sexo

Fuente: entrevistas

Elaborado por: Autoría propia

Se pudieron entrevistar a mayor número de mujeres que hombres, pues su disponibilidad y apertura a ver a una entrevistadora del mismo sexo era mejor y más llevadera la comunicación.

En cuanto a edades de los entrevistados, su rango es más notorio entre los 35 a los 65 años, emparejándose con los datos poblacionales del cantón en donde prevalece la edad adulta media entre sus habitantes.

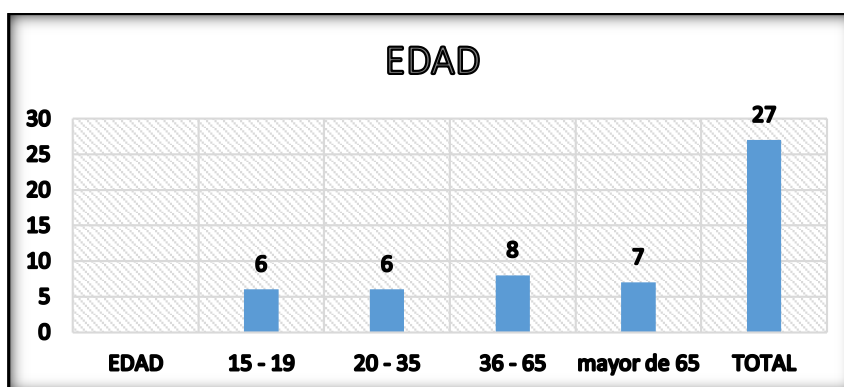


Figura 6. Datos demográficos de edad

Fuente: Entrevistas

Elaborado por: Autoría propia

En cuanto al estado civil de la población tenemos los siguientes datos, en donde podemos observar que en la mayoría los informantes son casados y destaca también la unión libre en cuanto estos personajes.

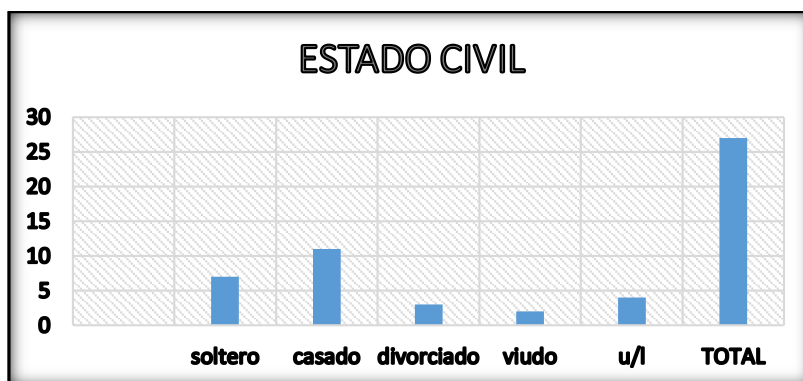


Figura 7. Datos demográficos de estado civil

Fuente: Entrevistas

Elaborado por: Autoría propia

El nivel de instrucción como podemos ver en el siguiente grafico es de tipo primario y secundario, las personas más jóvenes tienden a alcanzar estudios superiores en contraste con la población adulta y adulta mayor que tienen estudios de tipo primario y en ocasiones hasta sin instrucción.

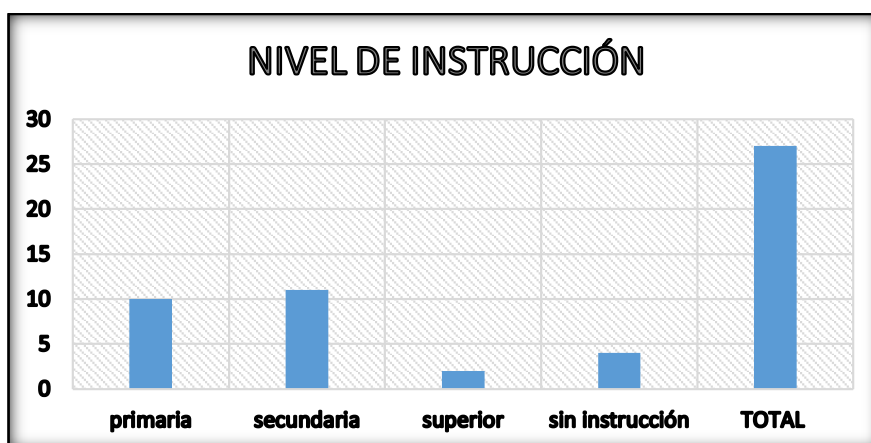


Figura 8. Datos demográficos de nivel de instrucción

Fuente: Entrevistas

Elaborado por: Autoría propia

Las personas entrevistadas como se había mencionado anterior mente fueron mujeres entonces se destaca como tal en la siguiente figura como actividad principal los QQDD o amas de casa (AACC), seguido de la agricultura.

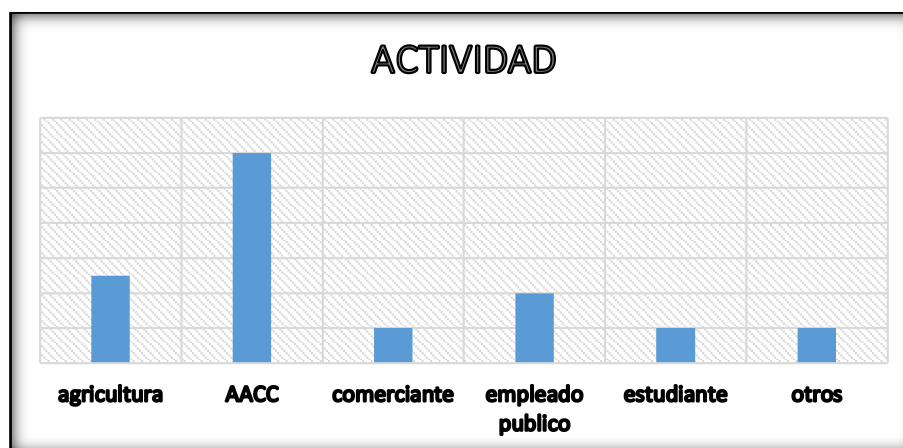


Figura 9. Datos demográficos de nivel de instrucción

Fuente: Entrevistas

Elaborado por: Autoría propia

3.8.6 INFORMANTES: ETNOGRAFÍA SOBRE EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS EN TORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

Como se describió en párrafos anteriores los diferentes criterios de la población abren un abanico de pensamientos compuestos por una serie de eventos, costumbres y apreciaciones que la población de Puerto Quito ha adquirido desde su fundación lo que lleva a tener características variadas de temas como salud, enfermedad, muerte, duelo o incluso sexualidad.

A continuación, se describen las variables del presente estudio las cuales fueron abordados en cada entrevista para saturar de información y apreciar el criterio sobre las experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente.

| VARIABLE | SUBVARIABLE | DEFINICION | INDICADORES | INSTRUMENTOS |
|---------------------------------|---------------------|---|--|---|
| RELACION MEDICO PACIENTE | Anamnesis | Conversación que mantiene el medico con el paciente para investigar la sintomatología y poder llegar a la causa de su posible enfermedad (Debrouwere.I, 2008) | <ul style="list-style-type: none"> - Forma en la que la realiza el médico - Utiliza el medico lenguaje comprensible - El médico le presta atención cuando habla | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Comunicación | Trasmisión de señales verbales o no verbales que realiza el medico con el paciente (Brönstrup, 2007) | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación en doble vía - Comunicación verbal - Comunicación para verbal | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Empatía | Participación afectiva que tienen el medico con el paciente al momento de exponer su realidad (López, 2014) | <ul style="list-style-type: none"> - Valores sociales Como el respeto, amabilidad - Saludo | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Tiempo de consulta | Tiempo otorgado para cada paciente en el que el medico realiza su historia clínica y examen físico en el que se espera llegar a un diagnostico probable. (Conde Garcia, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - 30 minutos de consulta consecuente - 45 minutos en primeras consultas | |
| | Tiempo de espera | Tiempo en el que el paciente debe esperar al médico para ser atendido por este. (Conde Garcia, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - Hora y fecha exacta de consulta - Espera demasiado para ser atendido | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Prescripción médica | Indicación de parámetros o medicamentos que el medico otorga al paciente | <ul style="list-style-type: none"> - Buena adherencia al tratamiento | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Claridad de las indicaciones medicas | |
| CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | Puntualidad del profesional | Actitud del profesional de salud de atender en un tiempo determinado y al paciente o usuario (Conde Garcia, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - Atención del personal de salud en un tiempo asignado | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Presentación del profesional | Forma del personal de salud de vestir y mantener la apariencia en la consulta o servicio de salud, (Conde Garcia, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - Vestimenta - Apariencia | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Atención del personal de salud | Es un servicio que presta el personal de salud al paciente. (Conde Garcia, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - Atención con calidad - Atención con calidez | Cualitativo Entrevista |
| | Agilidad de procesos | Es la forma rápida y oportuna de brindar solución o servicios al usuario dentro del centro de salud. (Conde Garcia, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de demora al realizar los exámenes, derivaciones, referencias | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Comunicación con el usuario | Es la forma verbal o paraverbal de interactuar del personal de salud para con el paciente o usuario. (Conde Garcia, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - Información clara - Indicaciones sistemáticas | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Instalaciones | Sitio y equipo que dispone el centro de salud para prestar sus servicios a la comunidad (Conde Garcia, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - Modernidad de las instalaciones - Distribución de los espacios | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |

| | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|--|--|---|
| SALUD Y SOCIEDAD | Percepción de salud | Pensamiento o sentimiento o forma de concebir la salud desde el punto de vista de cada persona. (Sacchi, 2007) | <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades por años - Cuando visita el centro de salud | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Salud mental | Estado de bienestar psicosocial de la persona con el entorno. (Sacchi, 2007) | <ul style="list-style-type: none"> - Visita a psicología - Diagnosticos de depresión o ansiedad | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Salud sexual y reproductiva | Es el estado de bienestar que perciben las personas de disfrutar su sexualidad con o sin el afán de reproducirse. (Sacchi, 2007) | <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sexuales - Masturbación - Orgasmo femenino y masculino - Edad de inicio de vida sexual - Número de parejas sexuales - Planificación familiar | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Embarazo | Estado de la mujer que transcurre entre la implantación del cigoto hasta el parto. (OMS) | <ul style="list-style-type: none"> - Edad del primer embarazo - Deseo de quedar embarazada - Número total de embarazos esperados | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Parto | Proceso en que la mujer antes embarazada, expulsa al feto y la placenta al final de la gestación. (OMS) | <ul style="list-style-type: none"> - Plan de parto - Parto vs cesárea | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Post parto | Tiempo posterior a la expulsión del feto hasta 6 semanas posterior a este (OMS) | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados del post parto | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |

| | | | | |
|--|------------------------|---|---|---|
| | Muerte y fallecimiento | Periodo final de la vida. (Oviedo Soto, 2009) | <ul style="list-style-type: none"> - Duelo - Entierro - Tiempo de duelo | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Consumo de sustancia | Utilización de sustancias psicotrópicas o que causan grado de dependencia sean estas líquidas, inhaladas o inyectadas. (Cuadevilla, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de drogas que conoce - Edad de consumo - Habitualidad - Problema de consumo | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |
| | Violencia social | Interacción de las personas que actúan con fuerza y agresividad ante un evento o con otro ser vivo. (Rodríguez, 2001) | <ul style="list-style-type: none"> - 1er evento de violencia - Violencia intrafamiliar - Violencia sexual - Violencia psicológica - Denuncias o problemas judiciales | Entrevista semiestructurada a personas de la consulta |

Tabla 15. Variables Cualitativas

Fuente: Autoría propia

3.8.7 ASPECTOS BIOÉTICOS

La presente investigación no vulneró los derechos de ninguna persona, para lo cual se respaldó con un consentimiento informado o asentimiento en el caso de menores de edad, puesto que en las entrevistas realizadas no se divulgará la identidad de los entrevistados.

3.8.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN ETNOGRÁFICA

Las entrevistas fueron realizadas en el centro de salud, sobre todo en el área de consulta externa, dentro de un ambiente privado considerando la importancia de la intimidad y sobre toda el impacto de algunos temas que la población conoce pero no maneja abiertamente por pudor o vergüenza, las historias de vida fueron realizadas en los domicilios de ambas personas por que se consideró que era un ambiente más propicio lo cual ayudo incluso para que los informantes comentaran ámbitos muy personales y compartieran sus experiencias en ciertos temas planteados. A los grupos focales se los abordó en el centro de salud en el área asignada para sus reuniones mientras se les realizaba dinámicas para llevar una conversación más amena.

3.8.9 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Este análisis se llevó a cabo posterior al término de la transcripción de las entrevistas las mismas que fueron plasmadas en Word, siendo fieles a los diálogos obtenidos de los entrevistados, conservando palabras propias de su lenguaje o términos usuales dentro del medio para no sesgar la información obtenida y lograr contrastar luego los diferentes puntos de vista.

Se seleccionaron los temas o dimensiones abarcados con las entrevistas y cumpliendo los objetivos específicos antes mencionados se procedió a dividir los diálogos, para procesar y contrastar de manera manual cada respuesta obtenida.

3.8.10 IDENTIFICADORES DE LOS SUJETOS INFORMANTES

Los presentes identificadores nos ayudan a resumir de manera didáctica la reseña del paciente entrevistado protegiendo así su identidad y conservando su perfil personal para no sesgar la información obtenida de cada sujeto.

| IDENTIFICADOR | SEXO | EDAD |
|--------------------------|-------------|-------------|
| HAMY75VAPQ / hv | hombre | 75 |
| HAMY65CMEPQ | hombre | 65 |
| HAMY68ULAPQ | hombre | 68 |
| MAMY70CACPQ/hv | mujer | 70 |
| MAM68SACPQ | mujer | 68 |
| MAM72VACPQ | mujer | 72 |
| <u>MAM65CACPQ/ ec</u> | mujer | 65 |
| MAM67CAACPQ | mujer | 67 |
| HAME46CAPQ | hombre | 46 |
| HAM62CCHPQ | hombre | 62 |
| HAM59ULCOPQ | hombre | 59 |
| MAME59DTPQ | mujer | 59 |
| MAM63CACPQ | mujer | 63 |
| MAME43DCPQ/ cm sa | mujer | 43 |
| MAME37CPPQ | mujer | 37 |
| H AJ33SPPQ | hombre | 33 |
| H AJ32CTPQ | hombre | 32 |
| H AJ34GEPQ | transexual | 34 |
| MAJ29CACAPQ | mujer | 29 |
| MAJ30CAMPQ | mujer | 30 |
| MAJ 24DAMPQ | mujer | 24 |
| HA16SEPPQ | hombre | 16 |
| HA17SAPQ | hombre | 17 |
| HA17SEPPQ | hombre | 17 |
| MA16SACPQ | mujer | 16 |
| MA17ULPQ | mujer | 17 |
| MA18ULBPQ | mujer | 18 |

Tabla 16. Identificadores

Fuentes y Elaboración: Autoría propia

3.8.11 INDICADORES CUALITATIVOS

Son identificadores realizados en base a los temas encontrados tanto en los objetivos de la investigación como los que surgieron a través de las entrevistas a los sujetos informantes, ayudan a esquematizar y definir mejor los contextos abarcados de cada pregunta realizada.

| N° | INDICADOR CUALITATIVO | DEFINICION |
|-----------|------------------------------|--|
| 1 | DEFSALUD | Completo bienestar biológico o psicosocial percibido por las personas dentro de su cuerpo, que en ocasiones se ve alterado por enfermedades o problemas familiares que rompen el equilibrio de su relación |
| 2 | REMEDPACIENTE | Herramienta entablada entre el médico y el paciente para llevar de mejor manera la consulta médica, en la cual se brinda confianza y respeto entre los dos sujetos |
| 3 | CALSERVSALUD | Percepción sobre la atención brindada dentro de un servicio de salud que debe ser bueno y óptimo para una persona o usuario del sistema |
| 4 | DEFSALMENTAL | Es el bien estar mental de una persona que puede nacer con una enfermedad o adquirirla por diferentes motivos a lo largo de su vida. |
| 5 | DEFSALSEXUAL | Es el bien estar de una persona en cuanto al tema de su aparato reproductor, sus impulsos y deseos, lo que ayuda a llevar mejor una relación entre una pareja |
| 6 | ETAEMPARTPUERPERIO | Etapas de una mujer en edad reproductiva que cumplen con el curso de vida y pareja, sirve como afirmación de la consolidación de una familia |
| 7 | MUEFALLECIMIENTO | Etapa final de la vida a la que todo ser vivo está predispuesto a llegar, según la connotación religiosa, es el momento en que se es juzgado o premiado según su comportamiento en vida |
| 8 | CDDYSUSTANCIAS | Hecho o tragedia que lleva a la persona a consumir una sustancia lícita o ilícita la cual es dañina para el cuerpo y mente, además que causa un daño social irreparable |
| 9 | DEFVIOSOCIAL | Eventos desafortunados que ocurren en diferentes escenarios: familiar, institucional o social que lleva a problemas legales o destrucción familiar |
| 10 | CONDINTERCUL | Son los saberes o creencias de diferentes personas considerando los rituales y las enseñanzas que se pasan de generación en generación para no perder costumbres o preceptos de sus antepasados |

Tabla 17. Indicadores Cualitativos

Fuente y Elaboración : Autoría propia

3.8.12 WORD SALAD

Es una herramienta informática que ayuda a través del ingreso de texto al programa, a encontrar la palabra o idea principal del mismo con una nube didáctica que con la intercalación de las palabras y sus colores desarrollan una imagen vistosa y facilitan un resultado mediante la selección de palabras comunes encontradas en las entrevistas realizadas

3.8.13 MODELO GRÁFICO SISTÉMICO DE SALUD/ENFERMEDAD DE GIDDENS (2004)

El modelo grafico de Giddens es una figura que detalla las ideas principales para describir una acción o en este caso un tema en particular.

Giddens elabora este esquema dentro de su libro de sociología y explica a través de este modelo sus conclusiones con respecto a las investigaciones realizadas.

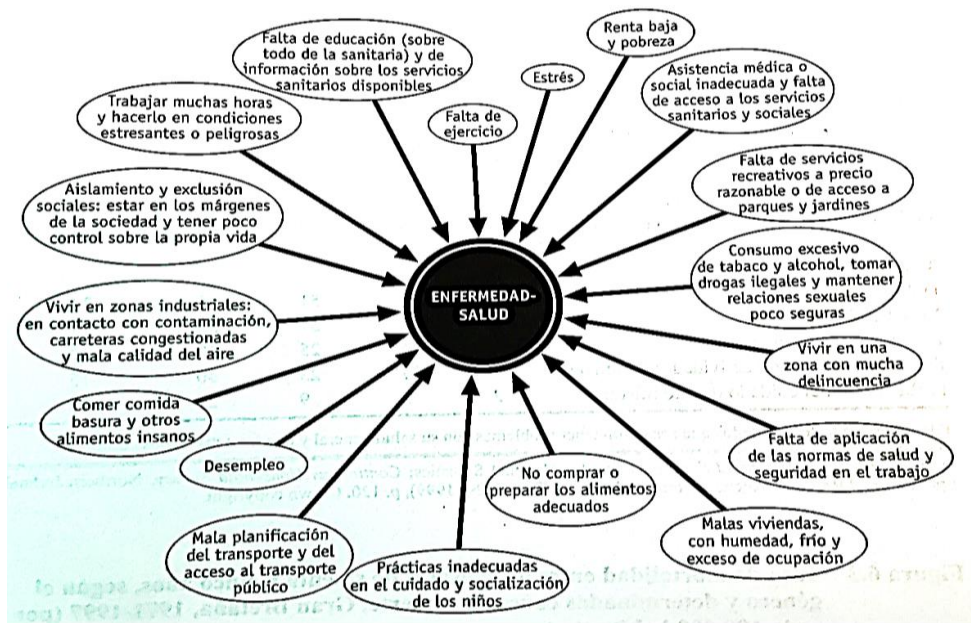


Figura 10. Modelo (influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud)

Fuente y Elaboración: Giddens 2004

3.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio se vio limitado por

- La falta de experticia del entrevistador pues el desarrollo de una tesis cualitativa con carácter etnográfico es una experiencia nueva para desarrollar, se transformó en un reto con buenas y malas experiencias,
- En ocasiones se topó con informantes poco colaboradores, tímidos o de baja escolaridad las cuales resultaron barreras destructibles al momento de entablar confianza y demostrar que la información no se recaba bajo ningún fin político o polémico.
- El tiempo y falta de colaboración de autoridades también se transformó en un limitante puesto que no dio la cita acordada para la realización de las entrevistas. Por lo cual se vio disminuida el número de la población escogida.
- En cuanto a los grupos focales no se pudo desarrollar la dinámica, puesto que no acudieron a las citas programadas, pero se pudo obtener de algunos de ellos de forma individual algunas entrevistas que están ahora aquí plasmadas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 SALUD



Figura 11. Definición de Salud

Elaborado por: Viviana Bustos en software Wordsald

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

La salud puede definirse desde diferentes aspectos, como lo han hecho las personas entrevistadas, coincidiendo en palabras que como podemos observar en el siguiente grafico resalta el bien estar o el estar bien, así como el poder hacer y tener, como se

explica el concepto de la organización mundial de la salud en donde reza que la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino el completo bienestar biopsicosocial de una persona, estas relacionan su salud con la medicina, los doctores y el bienestar de su cuerpo y mente.

La salud también se define como la capacidad personal para desarrollar las tareas normales es decir la salud como función (Giddens, 2004).

En 1964 la OMS propuso una definición más integral que combina los aspectos biopsicosociales en el que la salud tiene que ver con su bienestar.

La mentalidad naturalista y clásica ha concebido a la salud como normalidad, equilibrio y armonía. (Entralgo, 1985, p: 181)

Valorando a la salud como derecho se expresa el pensamiento de la gente de valorar su salud de acuerdo a lo que el doctor les diga y dependen de la medicina entregada por los mismos, dando así paso ley pública de salud que impone que la salud es un derecho que debe ser otorgado o garantizado por parte del estado.

En la figura 1., se ve reflejado el sentir de las personas su apreciación al tener salud o al estar enfermas y la relación que estas le dan con diferentes aspectos cotidianos las cuales se aprecian en sus respuestas:

La salud es cuando uno se alimenta bien, hace ejercicios y se hace controles médicos cada mes, puede haber enfermedades, pero es importante hacerse los controles para saber que uno tiene y poder decir que tiene salud y que está bien.

(Mujer adulta media de 43 años, divorciada, dueña de un local de comida de Puerto Quito)

La salud para mi es tener un día, comer bien ...buscar comer bien, frutas y todo, se dice que una persona es sana cuando camina bien, cuando está bien en todo,

no como uno que esta partes buenas y malas, es poder caminar y moverse.

(Hombre adulto medio de 59 años en unión libre, pequeño comerciante de fruta de Puerto Quito)

Se puede observar en este par de testimonios que ambas personas al tener un negocio relacionado con la alimentación empatan este concepto de salud con su actividad diaria valorando la alimentación como algo esencial para la salud buscando un equilibrio entre su actividad y el bienestar de las personas de la comunidad sin alejar su testimonio de la verdad puesto que se sabe que el ser humano debe siempre mantener una dieta equilibrada para conservar su salud con frutas, verduras evitando las grasas y el exceso de sustancias nocivas para el organismo como el tabaco , alcohol o es exceso de azúcares, lo cual conlleva a enfermedades crónico degenerativas que deterioran a las personas.

Como médico de familia buscamos establecer programas de dietas y ejercicios para aplicar con los pacientes de acuerdo a su grupo de edad y enfermedades metabólicas para fortalecer la prevención de enfermedades.

Así mismo podemos observar otros puntos de vista en donde se añade otro ámbito importante como es el bienestar mental:

La salud es un estado del cuerpo, psicológico y social de una persona que necesita estar bien, el estar enfermo puede estar afectando cualquiera de estos estados, pueda que la persona tenga un problema mental y esto no le deja tener buena salud no solo es cuando se enferma el cuerpo sino con la mente uno también puede estar enfermo. (Mujer adulta media de 37 años, casada, profesional de Puerto Quito)

La salud es estar bien de todo el cuerpo, tanto física, mental y anímicamente. (Hombre adulto joven de 34 años, gay, estilista de Puerto Quito)

Ambas personas resaltan este aspecto, como es la parte psicológica de las personas añadiendo que es importante mantener sana también la mente y abriendo el panorama en donde se observa el adelanto o el impacto que tiene ya este contexto en las personas adultas jóvenes y medias, que a nivel mundial es el grupo etario en donde existe una alta prevalencia de enfermedades mentales y son subdiagnosticadas en la consulta médica por que es necesario abarcar de manera integral al paciente en cada visita.

La salud también se define como una armoniosa composición de dos elementos: el equilibrio psíquico y somático de la naturaleza individual, por un lado, y una bien ordenada moderación en el ejercicio de la propia libertad. (Entralgo, 1985, p: 185)

Abordando por otro lado otro grupo etario como es el de adultos mayores ellos relación de otra manera la salud, enfatizan en sus achaques o enfermedades y anhelan esos años en los que eran jóvenes y podían trabajar conjugándolo con un contexto religioso:

Salud es cuando a uno no le duele nada, no como estoy yo ahorita que me duele la cabeza las piernas y me toca venir al doctor para que me de tanta pastilla, la salud es verse y sentirse bien no acabada como estoy ya de mayor. (Mujer adulta mayor 72 años, viuda, ama de casa de Puerto Quito)

La salud viene a ser el bienestar de uno, que es mucho importante por q debemos estar bien por q sin la salud no hay nada, la salud es el privilegio que Dios nos da que nos brinda todos los días y hay que agradecer por eso por estar vivos y sanos. (Mujer adulta madura de 63 años, casada, ama de casa de Puerto Quito)

Los problemas sanitarios no pueden desvincularse del hecho de que vivimos en una sociedad que envejece, es decir, que la proporción de personas de sesenta y cinco años o más crece de forma constante. Al mismo tiempo el problema de la importancia social del envejecimiento es mucho más amplio. (Giddens, 2000, p 181)

Este aspecto importante de los adultos mayores o de quienes están ya en la tercera edad es importante pues nos hace analizar el sentir de estas personas que, al verse enfermos añoran esos años de juventud y crean falsas ideas de inutilidad que a la larga se transformarán en sentimientos depresivos y aumentarán las estadísticas de esta patología.

Así mismo se expresa que la salud es un regalo, ligando el bienestar de las personas aún al pensamiento mágico religioso que persiste culturalmente en algunas personas, resaltando que, así como existen regalos también se pueden tener castigos relacionándolos a estos con enfermedades que deterioran este regalo divino, pagando así los malos actos que se realizan durante el diario vivir.

En cambio, en las personas adultas jóvenes que se encuentran en una etapa productiva ven a la salud como algo precioso que les ayuda a generar mayores recursos económicos para su familia y si la pierden se genera un desequilibrio provocando incertidumbres que alteran todo el sistema familiar, como se manifiesta en los siguientes testimonios:

La salud es el bienestar de nuestro cuerpo, tenemos que estar con buena salud porque si no, no podemos hacer nuestras actividades, si nos enfermamos nos sentimos mal, no comemos y pasamos en cama sin poder trabajar y por lo mismo no hay dinero y eso más le enferma a uno. (Mujer adulta joven de 29 años, casada, ama de casa y agricultora de Puerto Quito)

La salud es cuando uno puede trabajar, puede hacer sus cosas, uno no está sano y toca acudir al doctor tomar pastillas y eso le pone mal, le afecta el sueño se descontrola porque piensa que tiene algo malo y que algo malo le va a pasar y no va a poder estar con la familia ni darles el sustento. (Hombre adulto medio de 46 años, casado, agricultor de Puerto Quito)

Como podemos darnos cuenta la concepción de la gente sobre la salud, varía de una edad a otra, de una religión o de un género, pero sobre todo de la necesidad de sentirse

productivo de poder desarrollarse por si solo y no depender de nadie para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, la salud es importante para todas las personas, y solo es valorada cuando falta, cuando se ve mermada por alguna enfermedad o cuando se siente en cuerpo y mente por no decir y hablar aun de cuando la familia tiene a un miembro enfermo lo cual crea una crisis dentro del sistema llamado familia que puede resultar en múltiples problemas como separaciones distanciamientos o muerte.

Giddens A, (2004) manifiesta dentro de su interpretación sobre la salud las diferentes percepciones de algunos grandes investigadores y científicos y la evolución del pensamiento que la salud es la ausencia de enfermedad para pasar a ver al individuo desde un contexto psicológico y familiar al igual que en los testimonios recabados, en donde las personas relacionan a la salud con diferentes aspectos de su vida como es el ejercicio, la alimentación y el trabajo.

La enfermedad humana es un modo aflictivo y anómalo de la realización «hacia» de la vida del hombre, en tanto que consciente e inconscientemente determinado o condicionado por una alteración patológica del cuerpo y alguna peculiaridad nosógena del entorno cósmico y social. (Entralgo, 1985, p: 225)

Es bastante relacionada también con el hecho de acudir a realizarse chequeos, de cumplir tratamientos, haciendo ver que la idea de prevención es un pensamiento que se va sembrando en los individuos creando conciencia de que la salud debe ser algopreciado y reflexiona sobre cómo cuidarse y prevenir las enfermedades, así como el hecho de las atenciones médicas que se relacionan con el derecho ciudadano estipulado en la constitución de nuestro país de cuidar y prevenir las diferentes patologías que se presentan en los diferentes grupos etarios.

TESTIMONIOS RELEVANTES

La salud es cuando uno se alimenta bien, hace ejercicios y se hace controles médicos cada mes

La salud para mi es tener un día, comer bien ...buscar comer bien, frutas y todo

La salud es un estado del cuerpo, psicológico y social de una persona que necesita estar bien.

A veces sale caro no tener salud por que uno se espera mucho tiempo para acudir al doctor y hacerse exámenes porque uno cree que está bien

La salud seria no tener todas estas enfermedades

Estar sano seria que uno cumple todo a la llamada médica.

Estar sano o tener salud es poder hacer las terapias que le recomiendan a uno, los ejercicios para bajar de peso.

La salud es estar bien de todo el cuerpo, tanto física, mental y anímicamente.

Tabla 18. Testimonios de Salud

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

ESQUEMA (Modelo de Giddens)



Figura 12. Modelo de Giddens - Salud

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

4.2 RELACION MEDICO PACIENTE



Figura 13. Relación médico – Paciente

Elaborado por: Viviana Bustos en software Wordsald

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

La relación médico-paciente o, más sencillamente, relación médica, es la vinculación que entre ellos se establece por el hecho de haberse encontrado, uno como tal enfermo, otro como tal médico; vinculación cuya índole propia depende ante todo del menester que sufre aquél y de la capacidad de ayuda técnica que posee éste. (Entralgo, 1985, p:344)

La relación que existe entre el personal médico y un paciente se puede definir también como el lazo que se crea a través de la confianza, la comunicación y el convivir día a día

en cada consulta realizada, como los seguimientos por enfermedad o controles de salud rutinarias que realizan las personas en las instituciones de salud. (Rodríguez, 2008)

Así como Siegler M. publicó los periodos de la relación clínica y los dividió en tres periodos: A) Era del paternalismo B) Era de la autonomía o del paciente y C) Era de la burocracia o del contribuyente. (p: 53), así mismo se identifica la evolución del médico en el ámbito investigativo y científico olvidando la parte humana con la que inició su carrera profesional y lo que provoca que dicho vínculo médico-paciente se quebrante.

En la figura 2. Podemos observar como resaltan palabras como confianza, médico-paciente y los adjetivos bien o bueno que es el sentir de las personas para con la relación que buscan o tienen con su médico de cabecera.

Vamos a ver en los siguientes enunciados que el paciente busca no solo la curación de sus patologías sino el desahogo de sentimientos encontrados que los expresan con la persona que creen podrá no solo ser un médico sino un amigo pues le brinda confianza y acompañamiento en todo tipo de crisis.

Ha sido muy buena muy íntima incluso ahora que usted me pregunta me recuerdo del psicólogo, él ha sido una persona importante, más que un confidente y sobre esa confianza van, sobre todo los médicos. Yo sé que los médicos hace un juramento confidencial y ya sé que de ellos no va a salir lo que han conversado ni lo que ha pasado conmigo, lo que he conversado o mis debilidades ni tampoco mis acierto que haya tenido muchas pero en ese sentido he tenido más confianza que en mi casa incluso que con mis propios familiares.

(Hombre adulto maduro de 62 años, casado chofer de Puerto Quito)

El médico se vuelve parte importante de la vida de los pacientes pues como persona especializada puede comprender el estado de las personas y apoya en cada proceso de su

vida, guardan secretos, confesiones que son valorados por la persona. (Rodríguez A. 2008)

Objetivante o interpersonal, la relación interhumana puede adoptar muchas formas; entre ellas, aquella a que genéricamente pertenece la asistencia médica: la relación de ayuda. (Entralgo, 1985, p:347)

Considero que a todos los médicos o personal no logran conocer, tomando en cuenta que hay profesionales rurales que están un año, y hay personales nuevos que ingresan, que de pronto piden sus cambios, dejaron de trabajar acá o se contrató nuevo personal entonces la gente no logra conocer a todo el personal.

(Hombre adulto joven de 33 años, soltero, profesional de Puerto Quito)

A pesar de que siempre están cambiando creo conocerles a todos, o en su gran mayoría les conozco, A la mayoría por vista como le decía anteriormente siempre están cambiando, pero todos los que me han atendido en turno han sido muy buenos les conozco a pocos de nombre por ejemplo a la doctora Tayo al doctor Diego al doctor Chica a Francisco que estuvo anteriormente y a la doctora Bustos de los cuales estoy muy agradecido (Hombre adulto maduro de 62 años, casado chofer de Puerto Quito)

También es muy importante que el paciente conozca al médico que lo atiende así se logra entablar una mejor relación sin crear la dependencia hacia los profesionales, evitando el paternalismo de la relación médico paciente.

En el medio los pacientes manifiestan que existe inconformidad porque cada vez les atiende un médico diferente y esto hace que ocurra cambios de medicación, discontinuidad en tratamientos e incluso cambios de diagnósticos.

Excelente, excelente, muy bien, me explican las cosas y lo que tengo, tienen mucha paciencia, no sé si es porque soy conocida pero, pero me dan confianza y me dicen

lo que tengo q hacer, que tengo que comer y me tratan siempre con cariño, que da gusto a uno hacerse ver, no todos son iguales pero si son amables.(Mujer adulta media de 59 años, divorciada, trabajadora de Puerto Quito)

Valores como la humildad, amabilidad y la comunicación son valorados por la gente al momento de tener una consulta médica, y favorecen al médico para llegar a encontrar el verdadero problema de salud para dar un tratamiento oportuno, se puede observar en los entrevistados sentimientos de gratitud que expresan con sonrisas con gestos de cariño hacia el profesional que realiza una atención dentro del servicio de salud.

Dentro de la medicina Familiar se habla que para llegar a mantener una buena relación con el paciente debe realizarse un sinnúmero de buenas prácticas profesionales pero sobre todo practicar un buen saludo, empatía, confianza, escucha activa y obviamente la parte clínica que será valorado en cuanto al diagnóstico y tratamiento que se le dé al paciente.

TESTIMONIOS RELEVANTES

Como me han atendido algunos médicos, entonces no tengo uno de confianza, pero ahorita la que más confianza me ha dado es usted y el traumatólogo,

No hasta aquí para que doctora no tengo esa queja sí muy bien para qué desde que yo me he hecho atender aquí buena la atención.

Hay pacientes que tienen su médico en el cual confían más entonces si existe eso, la confianza que le brinda el médico, la comunicación que existe es muy importante

Muy buena muy íntima incluso ahora que usted me pregunta mi recuerdo del psicólogo, él ha sido una persona importante más que un confidente

Me explicaran bien como debo cuidarme para poder mejorar mi salud

Excelente, excelente, muy bien, me explican las cosas y lo que tengo

La relación que tengo con los médicos, todos, porque yo me hago ver con muchos, es muy buena

Los médicos son amables, no tengo médico de confianza pero si son buenas personas y me atienden bien

Yo seré tan amistoso, yo he tenido suerte porque creo que como soy muy amiguelo, buena gente, yo me llevo con todos, me han dado confianza y me saludan y me atienden bien

Tabla 19. Relación médico - Paciente

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

ESQUEMA (Modelo de Giddens)



Figura 14. Modelo de Giddens Relación Médico- Paciente

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

esto es, dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad; con eficacia, o sea, con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, alcanzar cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, con rendimiento y costos acordes. Sin dudas esto constituye la calidad de los servicios de salud. (Forrelat, 2014)

En el Ecuador dentro de las políticas públicas se exige el trato con calidad por parte de los servicios de salud asegurando que el paciente reciba un trato justo y se ejecute y cumpla el derecho a la salud que gozan todos los ecuatorianos

Hablar de calidad no solo es recibir con una sonrisa al usuario sino cumplir con una buena infraestructura, personal capacitado, ofertar servicios necesarios para cubrir las necesidades de la población, en el caso del centro de salud de Puerto Quito la cartera de servicios es amplia y se ejecutan programas concretos que fortalecen los vínculos interinstitucionales para garantizar la salud a toda la población.

En la figura 3 vemos palabras que resaltan como atención y su calificativo buena así como centro, pero como todo servicio tiene su punto álgido la gente expresa su dificultad en cuanto a la obtención de citas médicas en el centro de salud. En cuanto a los testimonios recolectados tenemos quienes aplauden la labor realizada por parte del personal:

Vera yo le puedo hablar de este tiempo de este subcentro de salud de acá, del nuevo, porque antes yo no asistía a los subcentros, ni pensaba asistir pero las circunstancias de la vida me han llevado a hacer casi mi casa el subcentro de salud y del cual estoy bien agradecido porque aquí me han rehabilitado mucho mucho yo llegué aquí acabado prácticamente en todos los sentidos, porque desde el terremoto del 16 de abril qué hubo, mi vida como que cambió totalmente se me apagó, mi vida se me fue cayendo cayendo poco a poco y casi obligado me trajeron acá y gracias aquí ha sido mi casa y me han rehabilitado de lo cual

Estoy totalmente agradecido de todas las atenciones en todos los departamentos.

(Hombre adulto maduro de 62 años, casado chofer de Puerto Quito)

Lo que la gente me ha contado que la atención que se brinda acá en el centro de salud es muy buena existe, preferencia por la población por esta unidad ha habido pacientes de otras unidades de otros lugares como la Concordia, Santo Domingo, Quinindé que se han acercado a esta unidad por la atención que se les da acá.(Hombre adulto joven de 33 años, soltero, profesional de Puerto Quito)

Pero también encuentran un área crítica o de baja calidad que ellos consideran un elemento importante en los servicios que se brinda:

Esta todo para mi bien, en conocimiento está todo bien, en ocasiones no me gusta esta parte de emergencia, ahí no me gusta, ha tocado ir porque me llevan, cuando estoy mal, pero para mi, es mejor no ir, tratan mal, se demoran mucho o no le hacen caso por lo que prefiero esperar al otro día a la consulta externa. (Hombre adulto medio de 59 años en unión libre, pequeño comerciante de Puerto Quito.)

Al ser un cantón grande, con recintos muy dispersos, la gente encuentra inconformidad en cuanto a los turnos de citas médicas:

Hay que llamar y agendar un turno, lo que tenemos malo es que nos dicen de aquí a 8 o 15 días y uno que está enfermo y de aquí a 8 o 15 días uno ya se muere, entonces que es lo que hace la gente se va a Pedro Vicente, se va a la Concordia o santo domingo ellos más rápido (Hombre adulto mayor 68 años, unión libre agricultor de Puerto Quito)

Ya para las citas más que todo el problema que tienen la población acá es de pronto las llamadas que tienen que realizar porque hay poblaciones súper

dispersas donde no hay una señal de una red de comunicación por ende no pueden llamar ósea las persona que tienen mayor dificultad en agendar; por ejemplo son personas de tercera edad, personas que de pronto no manejan muy bien la tecnología que tiene esa dificultad hay otra población sí que de pronto teniendo esa facilidad prefieren de pronto una atención directa sin de pronto llamar a estas líneas que existen. (Mujer adulta media de 37 años, casada, profesional de Puerto Quito)

La implementación de una línea de atención al usuario y agendamiento de citas, crea un grado de inconformidad, por ser un cambio o avance tecnológico a lo cual la gente no está acostumbraba, la gente pone resistencia y se crea malos entendidos y criticas mal intencionadas hacia el sistema poniendo una calamidad a la calidad del servicio y elucubrando en contra del personal que labora aquí, además de la barrera de la distancia y el déficit de señal de la telefonía en algunas zonas del cantón.

La gente además menciona el área de emergencia como un problema en la atención, el desabastecimiento de farmacia o el cambio de horarios de los profesionales, problemas administrativos o burocráticos que afectan la calidad del servicio en las instituciones públicas.

La calidad hoy por hoy está definida como el adecuado servicio, uno que cumpla con todas sus expectativas y satisfaga sus necesidades, lo que se busca actualmente es una atención con calidad y calidez dentro de las instituciones.

La calidad de atención que brinda el médico se ve opacada por la imposición de tiempos establecidos para la atención en consulta, lo que provoca que tanto el médico como el paciente muchas de las veces termine inconcluso y con muchas más inquietudes y lo cual provoca una discontinuidad de atenciones y un mal trabajo.

TESTIMONIO RELEVANTES

Ya para las citas más que todo el problema que tienen la población acá es de pronto las llamadas Si es medio difícil, por lo menos con eso del 171 yo he solicitado por mi esposo

esta todo para mi bien, en conocimiento está todo bien, en ocasiones no me gusta esta parte de emergencia, ahí no me gusta

La atención muy bien, muy buena, las citas Muy difícil, porque aun que un madrugue no le dan turno

En el centro de salud la atención es muy buena, lo que pasa es que la gente comenta mal las cosas, porque no saben.

En estos últimos 4 años el centro de salud nuevo a mi parecer bien, en lo que es el área de consulta externa, la atención es excelente, en emergencia escucho que se quejan

Para mí me parece bien, hasta ahorita me han atendido de buena manera. En cuanto a las citas No ha sido difícil.

Tabla 20. Testimonios Calidad de los servicios de salud

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

ESQUEMA (Modelo de Giddens)



Figura 16. Modelo de Giddens- Calidad de los Servicios **Elaborado por:** Viviana

Bustos Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

4.4 SALUD MENTAL



Figura 17. Salud Mental

Elaborado por: Viviana Bustos en software Wordsald

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

Dentro del marco de la atención sanitaria se resalta que todo individuo debe ser atendido de una manera integral, por ende, el componente psicológico de las personas es una de los ámbitos que se debe abordar en las consultas médicas para descartar un problema de tipo mental o psicológico que cambie la homeostasis en la salud de la persona.

El determinar el cambio de las emociones, de los sentimientos y el desequilibrio mental que estos ocasionan en diferentes grupos etarios o en diferentes etapas de la vida de un individuo hacen que las valoraciones medicas abarquen un sinfín de lados de la persona y garantizan que tengamos un paciente saludable.

La mayoría de las enfermedades mentales crónicas no son otra cosa que un rol social, y es la reacción social el determinante más importante en la adquisición de ese rol. (Sánchez, 2002, p: 38)

La prevención de enfermedades mentales/ psicológicas es una práctica promovida desde la OMS y en nuestro país se realizan campañas que buscan prevenir e identificar a tiempo este tipo de trastornos, así como empatar los factores de riesgo que las ocasionan. (MSP, 2019)

En la figura 4 podemos observar palabras que resaltan como: problema, enfermedad, psicólogo y depresión que son muchas de las expresiones realizadas por las personas entrevistadas.

Las enfermedades mentales son las que están en el cerebro de uno, mi compañero que estaba aquí le hicieron un test ahorita y tiene enfermedad mental, siempre hay como que parcialidad en ese sentido de acudir a alguna persona particular como yo pienso que en este caso los que más me comprenden son los médicos como usted o sea por lo que le conversé por lo que es una persona neutral qué va a decirme si estoy bien si estoy mal porque siempre en la casa va haber favoritismo del lado apreciación no esté bien Clara en ese sentido voy a acudir siempre a los médicos, hay personas que es tan decepcionada de vivir y que realmente desean morir, yo en mi edad si me topado con mucha gente como que me hago eco de eso, de que ya uno no vale para nada, que una ha cumplido y

digo a veces estoy en la misma situación de esa persona, decepcionada, pero de que llegan al límite de suicidarse no, pero al límite de que ya no quieren vivir sí, como yo casi estoy en la misma situación o estado en la misma situación no le he dado un ánimo a nadie de que se pueda vivir sino más bien a veces le he dado la razón porque como ya hemos cumplido como padres, a veces como abuelo y para vivir con esas enfermedades uno que ha servido toda su vida para los hijos les ha dado todo y que todos dependían de uno y todos tenían esperanza de uno de golpe ya uno no les puede dar los que le daba antes que en vez de ser un alivio llega a ser un estorbo entonces como que le he dado la razón. (Hombre adulto maduro de 62 años, casado chofer de Puerto Quito)

Personas que no encuentran consuelo ni en su familia o que se revalorizan por su edad, es común en los adultos mayores o personas jubiladas que por no poder seguir dando lujos a su familia creen ser un estorbo y se desvalorizan, son escenarios comunes en la población además de resaltar el pensamiento de no querer vivir de creer que su familia no le apoya.

Existen varias campañas llamadas a concientizar que los adultos mayores por el mero hecho de jubilarse no necesitan ser descalificados pues ellos han cumplido ya un ciclo y hay que respetarlo.

Giddens (2010) plasma en su texto el siguiente presupuesto: “El paciente es un ser pasivo cuyo cuerpo enfermo puede tratarse al margen de la mente en contras”, pero, critica y menciona que el cuerpo no debe ser ajeno a la mente.

En las entrevistas resalta que la valoración mental es un tema aun poco conocido por la gente e inclusive se obtiene silencios incómodos o frases de desconocimiento, el mismo personal de salud verifica esto día a día en la consulta.

Todavía existe una gran brecha en la atención de salud mental más que todo por el desconocimiento de la población en si consideramos a una enfermedad mental como algo mítico, algo distinto de pronto a nosotros acá entonces las personas todavía existe esa estima que ponen a la salud mental del estar loco consideramos que yo necesitaría psicólogo cuando este loco por eso es que todavía no acuden a una atención de salud mental o no lo ven tan necesario tan importante hasta cuando ya han pasado por varias atenciones y de pronto los profesionales dicen, no, usted tiene problemas de depresión ansiedad y ahí de pronto consideran necesario venir.(Hombre adulto joven de 33 años, soltero, profesional, de Puerto Quito)

Los médicos de familia contamos con la preparación requerida para abordar este tipo de temas en la consulta y poder dirigir, tratar y brindar el apoyo requerido en su recuperación.

La edad y el género también son factores que interviene en la decisión de las atenciones médica o profesional de algún problema mental, pues la falta de cultura sobre la salud integral sobre todo en los adultos mayores hace que estos sean los que menos busquen ayuda, pero los que más la necesitan.

La reacción social, en un número reducido de casos, no supone una negación o racionalización de la desviación primaria, sino una exageración o incluso distorsión.

(Sánchez, 2002, p: 39)

Prácticamente hay mucho machismo, de pronto hay personas se han encontrado, adultos mayores varones que han considerado no acudir a una atención psicológica, porque de pronto ellos creen igual, equivocadamente que el psicólogo esta para dar un consejo, entonces dicen, no, para darme un consejo a mí, que tengo cierta edad, cierta experiencia, ese psicólogo no, realmente hemos

hecho por ejemplo llamadas porque las señoras tienen un cuadro de depresión y queremos que el esposo actué como apoyo en la familia y ellos deciden no venir.

(Hombre adulto joven de 33 años, soltero, profesional, de Puerto Quito)

La falta de información de la población sobre las enfermedades mentales hace que existan casos de suicidio u homicidio dentro de la población, testimonios que sobresalen son sobre todo de adolescentes incomprendidos o con problemas familiares.

La mayoría de las personas que estamos enfermos si , siempre decimos que ese señor esta con esta enfermedad ese otro esta con tal enfermedad, por eso uno pasa mal y luego nos mandan al psicólogo, uno a veces va y solo le dan paracetamol, por ejemplo son esas enfermedades que le duele la cabeza que le zumba la cabeza, aquí entre la población también si hay si se conoce que algunas personas tienen enfermedades mentales, algunos tienen malos pensamientos, se han matado, gente joven, no hace mucho un chico de 22 años se mató, tomo veneno y se mató, mala suerte ya van a 9 u 8 meses de eso y acaba de fallecer el papa, hay algunos que si se han salvado, yo que tengo mi puesto aquí hay algunos que vienen y me dice: ñaño, amigo gordito, me pasa esto, me pasa el otro, yo como a veces les doy ánimo para que no piensen en matarse y les he dicho a señoritas también que por decir, están en el colegio y empiezan a hacer cosas que no tienen que hacer, uno les da animo o un consejo para que no lo hagan, aquí algunas señoritas me tienen a mi como un confidente que les aliento y les doy ánimo y les aconsejo para que no cojan mal camino y no van hacer algo que no deben hacer.(Hombre adulto medio de 59 años en unión libre, pequeño comerciante de Puerto Quito)

La salud mental y sus enfermedades es un tema que debe seguir siendo difundido dentro de la población, ayudar a una identificación temprana de síntomas de ansiedad, depresión

o psicosis en la atención primaria ayudara a mantener una población sana y con mayor productividad.

La negación de la utilidad de la investigación etiológica es patente. Los distintos modelos teóricos que tratan de dar cuenta de la aparición del deterioro psicológico no inciden sobre el problema fundamental, puesto que olvidan esos "extraños lazos" o no tratan de desenmarañar la forma discursiva que supone la esquizofrenia, la depresión o la ansiedad. (Sánchez, 2002, p: 39).

El personal de salud siempre debe estar preparado para la identificación y tratamiento de los diferentes tipos de enfermedades mentales, El diagnóstico implica una serie de consecuencias, entre las que destaca la definición de un grupo y la inclusión en él de determinados individuos. (Sánchez, 2002, p: 44).

TESTIMONIO

Las enfermedades mentales a ver vamos a ver, la depresión, que eso si hay bastante aquí algunas señoritas me tienen a mi como un confidente que les aliento y les doy ánimo y les aconsejo para que no cojan mal camino

La gente no sabe muchas de las veces, tratan a esas personas como locas, porque no entienden

yo tuve un tiempo de depresión, como hace 20 años atrás, yo puse valor en decir no, primero son mis hijos que esos hombre

Yo misma me pongo dura porque con amargarme o ponerme triste No sacó nada

Se escucha qué hay amigos que se quieren suicidar por alguna cosa. Ósea por lo que a veces no se llevan bien con la mujer

Tabla 21. Salud Mental

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

ESQUEMA (Modelo de Giddens)



Figura 18. Modelo Giddens Salud Mental

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

Giddens A. (2000) en su texto de sociología manifiesta “La sexualidad tiene una clara base biológica porque la anatomía femenina es diferente de la masculina y también lo es la experiencia del orgasmo. Así mismo existe el imperativo biológico de la reproducción, sin el cual la especie humana se extinguiría. Algunos biólogos indican que la tendencia del varón a ser más promiscuo tiene una explicación evolutiva.

Dentro de este ámbito destacan temas como la sexualidad, el inicio de la vida sexual a edades tempranas, el uso de métodos anticonceptivos, la planificación familiar y algo común como la prostitución o libertinaje que se relacionan pese a ser contenidos diferentes.

En la figura 5. Se aprecian palabras, por un lado, como sexualidad, prostitución y disfrutar y por otra planificación, métodos anticonceptivos, hijos y embarazo que destacan el pensamiento erróneo de que la sexualidad es una forma libertina de disfrutar el sexo y que se relaciona con la información sobre métodos anticonceptivos o prevención de embarazos.

Hoy por hoy se calcula que los adolescentes tienen un inicio de su vida sexual de manera temprana y no tienen la información necesaria para cuidar su salud y disfrutar de su sexualidad; los testimonios son variados y diversos desde la concepción de la promiscuidad de la juventud y la connotación religiosa como la vergüenza que sienten las personas por el sexo.

El uso de métodos esos es uno de los graves problemas que habido en el aumento de la sexualidad y en el desorden porque hay adolescentes que de 12 o 13 años ya están utilizando esos preservativos entonces de ahí vienen y tienen sus relaciones y y no pasa nada porque con eso se cuidan en cambio antes en el tiempo de nosotros eso no había no utilizaban entonces creo que eso es el

aumento, en la biblia se llama desacuerdo, también le digo doctora que de la prostitución habido un crecimiento le hablo con real verdad que cuando yo tenía unos 20 años aquí un joven, me disculpan lo que voy a decir no, un joven para conseguir una mujer le costaba dinero tiempo y estarla conquistando, ahora es demasiado fácil, si uno mayor tiene que cuidarse porque es un desorden total.
(Hombre adulto mayor de 65 años casado, Pastor Evangélico de Puerto Quito)

La sexualidad está muy avanzada por que los jóvenes están actuando demasiado rápido en lugar de tener precaución, está de moda esto de los embarazos esto de las enfermedades venéreas y por no darle más información, ahora a la juventud, yo no disfruto, de la mía, no tengo una pareja para decir que tengo relaciones.(Mujer adulta media de 43 años , divorciada, comerciante de Puerto Quito)

Aquí está muy rápido las muchachas los muchachos hacen por hacer no más, es muy rápido, hay hartas señoritas que están haciendo demasiado y a veces hasta públicamente tanto los varones como las señoritas, los chicos conocen y todo pero por no gastar hacen no más, falta información, en algunos caso los mismos estudiantes, entran al subcentro, llegan señoritas van al dispensador y sacan sus preservativos, varones también, cogen y salen, cada uno coge dos tres y si no hay en un lado van al otro lado para que no les vean, tienen vergüenza y así están unos van tocando y vienen otro y van llevando y se reparten. En el colegio deben tenerlos más cuidado, se quedan por las orillas del rio y llegan tarde y dicen que los tienen en el colegio y llegan tarde, se han visto se han encontrado ahí en la orilla del rio, por eso es que salen tantas niñas del colegio salen embarazadas.
(Hombre adulto medio de 59 años en unión libre, pequeño comerciante de Puerto Quito)

Así como otro grupo etario poco abordado es el de a los adultos mayor que se cree que por la edad ya no se interesan en este tema, pero no es así, pues se sabe que pese a los cambios físicos y psicológicos que atraviesa el adulto mayor puede seguir disfrutando de una vida sexual a cualquier edad, pero por ser un tema poco abordado las personas creen que el disfrutar de su sexualidad el no tener relaciones sexuales es normal a su edad.

Vera yo me crie en un mundo como de vanidad sexual ya y en mi mente se ha creado que lo sexual era lo primero, hoy, mañana y pasado, entonces, en ese sentido el momento como que uno por la edad ya no ha podido tener eso como que la mitad de la vida se le va, yo si he disfrutado, y sí disfruté todavía, aunque sea de vez en cuando pero sí tenemos una relación buena con mi esposa. Yo pienso que disfruta ella y disfruto yo, ha mejorado mucho, claro que dentro de la relación si ha habido unas fallas, como parejas, por la edad, por lo que ya seamos viejos o seamos jóvenes, hay una vez que nos sale mal las cosas, entonces dentro de esa falla sí disfruto. (Hombre adulto maduro de 62 años, casado chofer de Puerto Quito)

Yo le cuento algo, nosotros con mi marido no tenemos relaciones en la casa, porque a nosotros nos da recelo de que nuestros hijos nos escuchen nos vean, por eso nosotros vamos a la finca a otra casa, para que ellos no lo vean, en eso somos bien estricta por eso nuestros hijos dicen que mis padres ellos nunca se dejan ver. (Mujer adulta mayor de 67 años, casada, agricultura y ama de casa de Puerto Quito)

La aceptación de los distintos tipos de comportamiento sexual también cambia de una cultura a otra, lo cual constituye una de las razones por las que sabemos que las respuestas sexuales son aprendidas y no innatas. (Giddens A. 2000)

Hay quienes en pocas palabras expresan ser víctimas de un machismo arcaico, que siempre han visto el sexo como algo desagradable y solo complacen a sus parejas.

La relación sexual que uno tiene con su pareja, lo normal será pues doctora, no puedo decir que sí, porque es una obligación tal vez, por atender a la pareja, ya hace rato que no disfruto peor ahora que he estado enferma. (Mujer adulta joven de 29 años, casada, ama de casa y agricultora de Puerto Quito)

Y esto se une a un tema de maltrato y sufrimiento por parte de la mujer que sin conocer sus derechos es víctima de abuso durante su etapa de matrimonio ingresando a un círculo de violencia intrafamiliar.

El género femenino está más al tanto con respecto a la parte de reproducción, métodos anticonceptivos, pero en algunas ocasiones el tema de planificación familiar aún está a cargo de los hombres pues como jefes de hogar cuidan a sus mujeres y planifican cuantos hijos quieren tener dando un tinte machista y aplacando los derechos de la mujer a decidir por su cuerpo.

La planificación familiar, eso es excelente doctora eso es excelente planificar en la familia, por ejemplo, yo me hice la planificación con mi esposa de tener 6 hijos. Pero desgraciada mente no pudimos. (Hombre adulto mayor de 65 años casado, Pastor Evangélico de Puerto Quito)

Aunque las diferentes sectas y, grupos cristianos tenían ideas muy diversas sobre el lugar que ocupaba la sexualidad en la vida, la idea dominante en la Iglesia cristiana era que toda conducta sexual es sospechosa, a no ser que tenga como fin la procreación. (Giddens, 2000, 146)

En general se evidencia desconocimiento y vergüenza hablar de este tema por la falta de información y el medio cultural en el que se desarrollan estas familias con sus creencias,

mitos y costumbres que matizan con ignorancia el tema de la sexualidad dentro de nuestra sociedad.

Algunas personas, particularmente aquellas que están influidas por el dogma cristiano, creen que las experiencias sexuales prematrimoniales son malas y desaprueban, en general, toda forma de conducta sexual que no sea la actividad heterosexual dentro de los confines del matrimonio, aunque hoy está mucho más aceptado que el placer sexual es algo deseable e importante. (Giddens, 2000, 146)

Como médicos estamos obligados a investigar, conversar y educar sobre la salud sexual y reproductiva a nuestros pacientes, cumpliendo con detalles en la consulta médica que nos ayuden a identificar de manera precoz algún tipo de enfermedad y poder tratarla a tiempo para garantizar que los individuos mantengan y disfruten de su sexualidad.

TESTIMONIOS RELEVANTES

Sexualidad es tener relaciones sexuales yo si doctora disfruto de mi sexualidad

La relación sexual que uno tiene con su pareja lo normal será pues doctora

mundo como de vanidad sexual ya y en mi mente se ha creado que lo sexual era lo primero hoy mañana y pasado

Sigue siendo igual como un tabú todavía existen grandes barreras de hablar de la sexualidad,

con mi marido no tenemos relaciones en la casa, porque a nosotros nos da recelo de que nuestros hijos nos escuchen nos vean

Me parece que la sexualidad es un estado entre el hombre y la mujer, pero a mí, me parece que no me llama la atención

Aquí está muy rápido las muchachas los muchachos hacen por hacer no más, es muy rápido,

La sexualidad pienso que es parte de cada persona que debe descubrirla espontáneamente y con responsabilidad

Tabla 22. Testimonios Salud sexual y reproductiva

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

ESQUEMA (Modelo de Giddens)



Figura 20. Modelo de Giddens Salud sexual y reproductiva

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

4.6 EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO



Figura 21. Embarazo, parto y postparto

Elaborado por: Viviana Bustos en software Wordsald

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

La etapa del embarazo y sus cuidados después de este son temas fundamentales dentro del marco de la salud pública, las organizaciones internacionales y gubernamentales implementan constantemente estrategias que disminuyan el riesgo de muerte materna y neonatal.

En el Ecuador el MSP (2019) implementó los ESAMYN que son los establecimientos amigos de la madre y del niño, lo que busca esta estrategia es tener estadísticas y

garantizar las atenciones rápidas de emergencias que se puedan suscitar en cuanto a la afectación de la salud de madre durante el parto y postparto como del niño en su nacimiento y en sus primeros días de vida.

Bajo esta normativa la aplicación de programas es indispensable en las atenciones médicas de planificación como de control de embarazos y es obligación del personal de salud estar pendientes de la evolución de los embarazos en las mujeres de la comunidad.

En tiempos atrás estos programas eran poco o nada aplicados por lo que los partos se daban en casa con riesgo de la complicación para la madre y el niño; en la figura 6 podemos observar que destacan las palabras como casa, partos hijos bien y solteras que son parte de la concepción y de los testimonios recogidos en las presentes entrevistas.

Así tenemos que destacar en los testimonios la ayuda de comadronas o parteras conocidas del sector y la dificultad que tiene o tenían por el difícil acceso a los servicios de salud.

Desde un principio del embarazo se tiene que hacer los controles, yo tengo conocidas que acuden apenas se enteran que están embarazadas y por mi parte también, ya no me venía la regla y ya iba a que me hagan mis exámenes y me vean, en ocasiones la gente va a donde las parteras para ver cómo está él bebe, si están cruzados o de nalgas y ellas les viran al bebe y le ponen en su sitio y se ha visto buenos resultados, sobre todo si es alguien que sabe, que esta preparándose en el centro de salud como ahora que habido esa oportunidad que se les han preparado a las parteras entonces ellas también saben de esto. (Mujer adulta media de 43 años, divorciada, comerciante de Puerto Quito)

En cuanto a la etapa del parto las personas manifestaron que por la falta de accesos al servicio o la lejanía de los recintos se prefiere un parto en casa.

En casa doctora, mi esposa muy valiente, cuando le llegaba la hora del parto le decía voy yo a ver a la comadrona me decía no, tranquilo, entonces comenzaba a caminar en la casa y cuando yo ya veía que comenzaba arreglar la ropa del bebe entonces ahí corría a ver la comadrona, a veces llegando y ya estaba dando a luz o a veces no alcanzaba a llegar la comadrona. (Hombre adulto mayor de 65 años casado, Pastor Evangélico de Puerto Quito)

La medicalización del embarazo y del parto se desarrolló lentamente, a medida que los pediatras iban desplazando al médico local y a la comadrona. Hoy día, la mayoría de los nacimientos tienen lugar en hospitales, con ayuda de equipos médicos especializados. (Giddens, 2000, p168)

Además de tener el calor del hogar y la compañía de sus familiares más cercanos, así como de hacer uso de aguas medicinales y otros elementos para que ese momento sea perfecto.

Mi hermana era partera, ella estuvo en todos mis partos y todos mis partos han sido en casa los dolores me cogían a las 7 de la noche, ya más o menos salían a las 11 de la noche, en la casa, preparaba vegetales con mezclas, el romero en aguüita con aguardiente, normal y también yo nunca fui hecho cesárea todos mis partos han sido normales.. Pero mi último parto no estuvo mi hermana y estuvo una vecina y ella por ayudarme que tenía mucho dolor ella me dio a tomar cacao para que aplacar mis dolores, pero a la hora de dar a luz mi guagua falleció dentro de mí, pero resultó que el bebé ya tenía muerto tres días dentro de mí, ahí me llevaron el médico y justo en eso estaban en paro, pero ahí me llevaron por emergencia y me atendieron, pero ahí me sacaron al bebé, pero normalmente, no me hicieron cesárea, normalmente, después de los 15 días que ya tenía me cae infección vaginal pero no me quedé hospitalizada sino que me fui a mi casa me

curé, el doctor me mandó unas inyecciones a ponerme suavemente me curé y como nosotros hacíamos esos lavados vegetales como el agua la cáscara de guaba de coco no me pasó nada. (Mujer adulta mayor de 67 años, casada, agricultora y ama de casa de Puerto Quito)

Aquí se destaca la importancia de la preparación de las parteras o comadronas pues pueden existir complicaciones dentro del trabajo del parto y postparto como las infecciones que pueden terminar en fallecimiento del niño o de la madre volviendo un evento alegre como este en una tragedia, también se nos mencionan como existen costumbres al nacimiento de un hijo

A los tiempos de antes cuando nació un niño varón disparaban tres tiros cuando era mujer daban solamente dos tiros porque los varones eran más duros que las mujeres. (Mujer adulta mayor de 67 años, casada, agricultora y ama de casa de Puerto Quito)

En cuanto a los cuidados durante el postparto encontramos varios comentarios con respecto al apoyo familiar o el acompañamiento por parte del marido.

Todo lo que había que hacer en la casa, lavar cocinar, arreglar la casa, Bueno en el primer mes, cuando el hombre es bueno hasta el segundo hijo, hasta ahí, en el tercero ya tenía que trabajar lejos, entonces también ya no había como, el buscaba a una persona por un mes, como a mi medio la trombosis embarazada del mayor, él no me dejó los cuarenta días mojarme las manos, él me servía la comida ahí, en el segundo hijo también lo mismo, como el primero es mayor 4 años del otro también, ya el tercero ya no hubo apoyo por parte de él, le tocó ir lejos a trabajar y ya ahí se hicieron problemas y todo, y la niña nace sin saber por qué yo estaba dando el seno aun al tercero yo con tercero quería hacerme la

ligadura. (Mujer adulta media de 59 años, divorciada, trabajadora de Puerto Quito.)

También hay quienes expresan su agradecimiento con la madre y las costumbres de guardar reposo por 40 días según el lugar, incluso se habla que el esposo también debe cuidarse durante este tiempo, más allá de las connotaciones culturales se debe seguir avanzando en cuanto a la prevención de problemas en atención primaria con las madres embarazadas, existen limitantes: culturales, geográficas, culturales que el médico debe aprender, comprender y pretender al desarrollo de la comunidad.

TESTIMONIOS RELEVANTES

Mi embarazo si fue planificado, después del parto me cuido mi esposo y mi suegra, yo estuve en la casa, no estuve en cama mucho tiempo, no me gustaba

Los partos son lo más lindo no solo de mi señora, yo veo de muchas que ya les toca dar a luz y empiezan que me muero que ya no avanzo

Yo he visto que muchas muchachas lo primero que hacen son fajarse, intentan sacárselo, botarlo con pastillas o remedios

Desde un principio del embarazo se tiene que hacer los controles, yo tengo conocidas que acuden apenas se enteran que están embarazadas

El papa mismo había veces en que ayudaba, en veces me ha tocado a mí solita, nada de suegra, nada de padres nada de madre, nada de cuñada,

Tabla 24. Testimonios Embarazo, Parto y Postparto

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

ESQUEMA (Modelo de Giddens)



Figura 22. Modelo de Giddens Embarazo, parto y postparto

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

Para quien la contempla, la muerte de un hombre es de ordinario la suma unitaria de un hecho, un acto y un evento, y a veces sólo un hecho, un simple hecho. (Estralgo, 1985, p: 466)

A través de los siglos y las culturas han adquirido diferentes pensamientos con respecto a que pasa luego de la muerte, se tiene una nueva vida, se reencarna o si es algo más religioso se espera el día del juicio en donde todos serán resucitados por un Dios y su fe.

En cambio, las personas que sufren tal pérdida son quienes presenta diferentes tipos de sentimientos que se expresan como llanto, algarabía e incluso se elaboran ritos que buscan no solo la paz del difunto si no el cierre de un ciclo en la vida de toda la familia que afronta la pérdida.

La interculturalidad que existe en nuestro país hace que nos topemos con diferentes pensamientos y actos religiosos que a lo largo del tiempo o se pierden o combinan dando lugar a un intercambio cultural bastante amplio pero en definitiva decimos que muerte es: En tanto que hecho biológico, la muerte humana es por una parte el estado a que llega el organismo de un individuo cuando por el mecanismo que sea, una enfermedad, en el caso de la llamada «muerte natural», un traumatismo letal, en el de la «muerte violenta», se produce la cesación definitiva de las funciones que mantienen la vida psicoorgánica del individuo en su conjunto. (Estralgo, 1985, p: 467)

En la figura 7. se destaca la palabra familia, personas, duelo que expresan el pensamiento de diferentes personas del cantón Puerto Quito, quienes manifiestan que este tipo de actos se vuelven familiares o con personas cercanas que ayudan a sobrellevar el proceso

La definición clásica para el sentimiento de este proceso es el dolor, el miedo por el desconocimiento como veremos en los testimonios siguientes:

Verá, por momentos he pensado que la muerte es necesaria e innecesaria y de ahí que no le tengo miedo a la muerte pero lo que le tengo miedo es al dolor que puede producir el cambio de vida, de la vida a la muerte tiene que ser un agujón grave, a eso sí le tengo miedo, a ese agujón a ese ahogo qué sé yo, porque se supone que la persona muere porque no aguanta los dolores no, entonces tiene que ser un dolor (Hombre adulto maduro de 62 años, casado chofer de Puerto Quito)

Para mí de le digo este tema de la muerte pues...yo era uno que le tenía miedo, este yo la veía y decía que ya mismo llega donde mí y decía ay Dios que hora, que por aquí no me llegue, yo con miedo, ahora si ya no, me he decidido que si Diocito viene y me dice hasta aquí ya llegaste, ya pues ahora ya no tengo miedo, antes si ahora no soy sincero en decirle que ahora estoy esperándola no más.(Hombre adulto medio de 59 años en unión libre, pequeño comerciante de Puerto Quito)

Hay entonces quienes por la fe y la religión que profesan, ven a la muerte como el paso para otra vida, otro comienzo a lado de Dios.

Bueno doctora le digo con cordial verdad la muerte al principio de mi vida que no tenía conocimiento era un problema me asustaba, pero ahora con el conocimiento que tengo de las escritura la muerte es algo sencillo ya para mí, porque dormirse en la muerte si usted hecho ha sido una persona justa y sigue la norma de Dios, es un sueño, porque Jesús en la biblia dice que él va a levantar a todos los que están en las tumbas conmemorativas, incluso cuando él estuvo aquí en la tierra levanto muertos incluso a lázaro le devolvió la vida, claro volvió a morir pero en el nuevo mundo él va a volver a tener la vida, entonces la muerte ya no es algo que me cause pánico y cuando alguien se muere pues siento el dolor

pero le doy animo también animándolo que va a tener una resurrección después de los 1000 años. (Hombre adulto mayor de 65 años casado, Pastor Evangélico de Puerto Quito)

La socialización de la muerte se halla, pues, a medio camino entre la consideración de ella como mero hecho y su resuelta conversión en evento. (Estralgo, 1985, p: 469)

Y obviamente el familiar de la persona fallecida es quien mantiene una serie de cambios sentimentales pasando desde el llanto como expresión del dolor.

Es algo muy duro, porque cuando un familiar muere uno siente que el mundo se le va encima, se me murió un bebe, es muy duro yo me sentía muy triste.

(Mujer adulta joven de 30 años, casada, ama de casa de Puerto Quito)

Doctora es un dolor muy profundo sinceramente es el dolor más profundo que pueda existir en el ser humano, la pérdida de un ser querido la razón porque esa persona si es su padre su madre un hermano pues esta enseñado a vivir junto con ellos, su madre o el padre que le dio la vida a uno y en ese rato cesa de este mundo duele muchísimo. (Hombre adulto mayor de 65 años casado, Pastor Evangélico de Puerto Quito)

El hecho de la muerte -el proceso psicoorgánico en cuya virtud un hombre, por modo paulatino o rápido, suave o violento, pasa a ser cadáver- se hace evento, acontecimiento histórico y social, a través de las estimaciones, ideas y creencias dominantes en la sociedad donde la defunción se ha producido. (Estralgo, 1985, p: 473)

Entonces se llega a las costumbres del duelo, como expresarlo o llevarlo va a depender la cultura, costumbres o lugar en donde se encuentra la persona que fallece y sus familiares.

En un proceso de duelo algunas familias hacen varios actos, iniciando por ejemplo con la visita de toda la familia a la familia doliente, entonces iniciamos por ejemplo con el café, la comida, sin embargo, tipo diez de la noche más o

menos ya las familias empiezan a forma grupos en donde realizan ciertos tipo de rituales, antes de eso hacemos la oración, hacen toda la posiblemente la persona más adulta del lugar hace su oración, de pronto el apoyo a la familia, la mayoría de las familias que se acercan van llevando cierto producto para cocinar, desde las papas hasta los cuyes y todos los productos que de pronto encontramos, entonces llevamos a eso y todo eso se selecciona un grupo de señoras del lugar y ellas son las que van a preparar todas esas comidas para todas las personas que están apoyando o están acompañando a la familia, mientras tanto un grupo de personas, realizan distintos rituales, juegos, hay un juego que se llama el conejo y el lobo, se reúnen unos diez, doce varones, están en cunclillas hacen un muñeco de trapo al cual le van a llamar el conejo, hacen a una personan del grupo, seleccionan para que ese sea el perro, entonces todos sentados en cunclillas, la persona que fue elegida el lobo o el perro está en el centro del circulo y es el que se va a encargar de quitarles o encontrar el conejo, mientras el está buscando el conejo, todas las personas tratan de golpearle en la espalda, con el conejo en si o con el trapo, de una forma de decirle aquí esta, obsérvalo, aquí tenemos el conejo, toma aquí esta, entonces así empieza el juego en si. Hablan mucho allí por ejemplo de quien es el lobo, hablan bastante de sus parejas anteriores, de acá estas esperando a alguien, el perro se está orinando por aquí, en toces hacen un grupo bien ameno en ese entonces. Eso dura alrededor, más o menos, una hora, una hora y media, aquí casi la mayoría, hasta que la persona que fue elegida lobo o perro avance a retirarle el conejo, una vez que la persona que se dejó quitar es persona que sale a seguir la ronda del juego, hasta terminar el juego de todas las personas que participan allí. Esa es una. De allí pasan a tipo una o dos de la mañana, después de la comida, después de que todos están bien, pasan a eso de

una o dos de la mañana, empiezan otros juegos, ahí viene el de la llama le dicen, cargando la llama, se llama ese juego, hay familias donde seleccionan igual a una persona que es la llama, otros del jinete, entonces de espaldas la otra persona le carga al que hace de llama y le carga al jinete, en lo que está cargado de espaldas empieza a circular por todo el círculo de personas que están allí, y todos están tratando de retirar ciertas prendas del jinete que está ahí, es un juego que realizan así. (Hombre adulto joven de 33 años, soltero, profesional de Puerto Quito)

La interculturalidad y la etnicidad nos ayudan a entender los procesos de duelo y los ritos que realizan las personas sin negarnos a ser parte de esto para brindar el acompañamiento en esta etapa, también existen otros ritos como se describirá a continuación según la religión que profesan, brindando un conocimiento más amplio al médico de la comunidad para saber cómo se desarrollan las personas y como pasan su duelo.

Doctora ehh ahora en este tiempo de lo que yo conocí la verdad, bueno antes se hacían después del difunto bueno hacían con rezos ritos artesanías y la gente se alarmaba mucho lloraba claro, el llorar es algo que tenemos todo lo que sentimos dolor, porque es algo que se descansa como que hay un desfogue en el corazón, es más duro aguantar el dolor sin llorar mejor hay que llorar, entonces ahora que conozco la biblia doctora pues es distinto porque ya se está encendiendo ese foco de esperanza ya no se está con esos rezos que a veces en vez de ayudar a la familia le causan más tristeza en cambio ahora lo que nosotros hacemos es ehh con la energía que esta la luz no y los amigos que nos acompañan estamos ahí luego cuando ya va hacer el sepelio lo llevamos al salón de reino o ahí mismo y se le da un discurso bíblico tanto no para el difunto sino para estimular al familiar dándole a conocer en qué posesión va estar el difunto y que lo que tienen que

hacer las personas los familiares para volverse a ver con ellos. (Hombre adulto mayor de 65 años casado, Pastor Evangélico de Puerto Quito)

Se reconoce que más que un acto religioso todas las actividades se realizan para despedirse de la persona fallecida y dar apoyo a la familia que queda, por ejemplo:

Ese es el punto más importante, ¿porque juegan?, ¿cuál es la razón de jugar?, la mayoría de personas que asisten a este sitio, existe de pronto el respeto hacia la familia, hacia la persona que falleció, sin embargo, es una forma de despedir a la persona que falleció, es su modo de realizar la despedida, entonces utilizan esas actividades como una forma, de decirle, estamos acá, estamos contigo, tú ya falleciste, te vamos a recordar siempre, y listo. (Hombre adulto joven de 33 años, soltero, profesional de Puerto Quito)

Y el duelo no termina con la realización de un acto religioso o una reunión con familiares y amigos para despedirse si no existe quienes duran más tiempo sobre llevando este proceso destacando que se complementa con llevar un estilo de prendas y realizar ciertas costumbres como podrán ver en el siguiente comentario.

No a mí no me gusta guardar duelo, porque bueno, pongamos por ejemplo si fuera mi papá yo a ellos sí les digo sea que le voy a guardar duelo 3 meses o cosas así, es porque la falda negra también tiene que ponerse una blusa blanca y veces que no hay, si uno le dice a los papás que le va a guardar duelo un año, tres meses entonces en el año o los tres meses que uno le esté guardando duelo a nuestro papá uno no debe tocar a nuestro marido, porque sí porque uno debe respetar pero ahora los hombres no saben respetar, porque si uno no les da lo que ellos piden ya comienzan a pensar estamos con otro . (Mujer adulta mayor de 67 años, casada, agricultura y ama de casa de Puerto Quito)

Entonces el proceso de la muerte y el duelo en las personas va a depender de sus costumbres, religión y procedencia en el ámbito de la atención primaria, del médico de familia son importantes todos estos pensamientos para poder realizar el acompañamiento e identificar los procesos patológicos que pueden presentarse en la familia de una persona que fallece.

El lugar de la muerte se desplaza del domicilio del difunto al hospital. La muerte misma se medicaliza; esto es, se convierte en un evento técnicamente regido por el equipo hospitalario y las normas a que éste se halle sometido, y con ello se hace «acceptable», porque las emociones que suscita y los consiguientes signos externos de dolor quedan reducidos a un mínimo. (Estralgo, 1985, p: 473).

Es por ello que el médico al encontrarse frente a un paciente en estado terminal o una familia que padece el duelo debe brindar el apoyo necesario para naturalizar el evento y acompañar durante el dolor.

TESTIMONIOS RELEVANTES

Bueno doctora le digo con cordial verdad la muerte al principio de mi vida que no tenía conocimiento era un problema me asustaba

Bueno la población si cristiana tiene la creación mística que si falleció y es bueno va al cielo

Yo pienso que la muerte, bueno ya si se muere se muere, se van ya se van, pero es duro para el que queda

Nadie está listo porque no sabemos cuándo nos toca la hora de partir.

Es algo muy duro, porque cuando un familiar muere uno siente que el mundo se le va encima

Ya cuando alguien fallece se une toda la familia para acompañar al muertito

Tabla 24. Muerte y duelo

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

ESQUEMA (Modelo de Giddens)

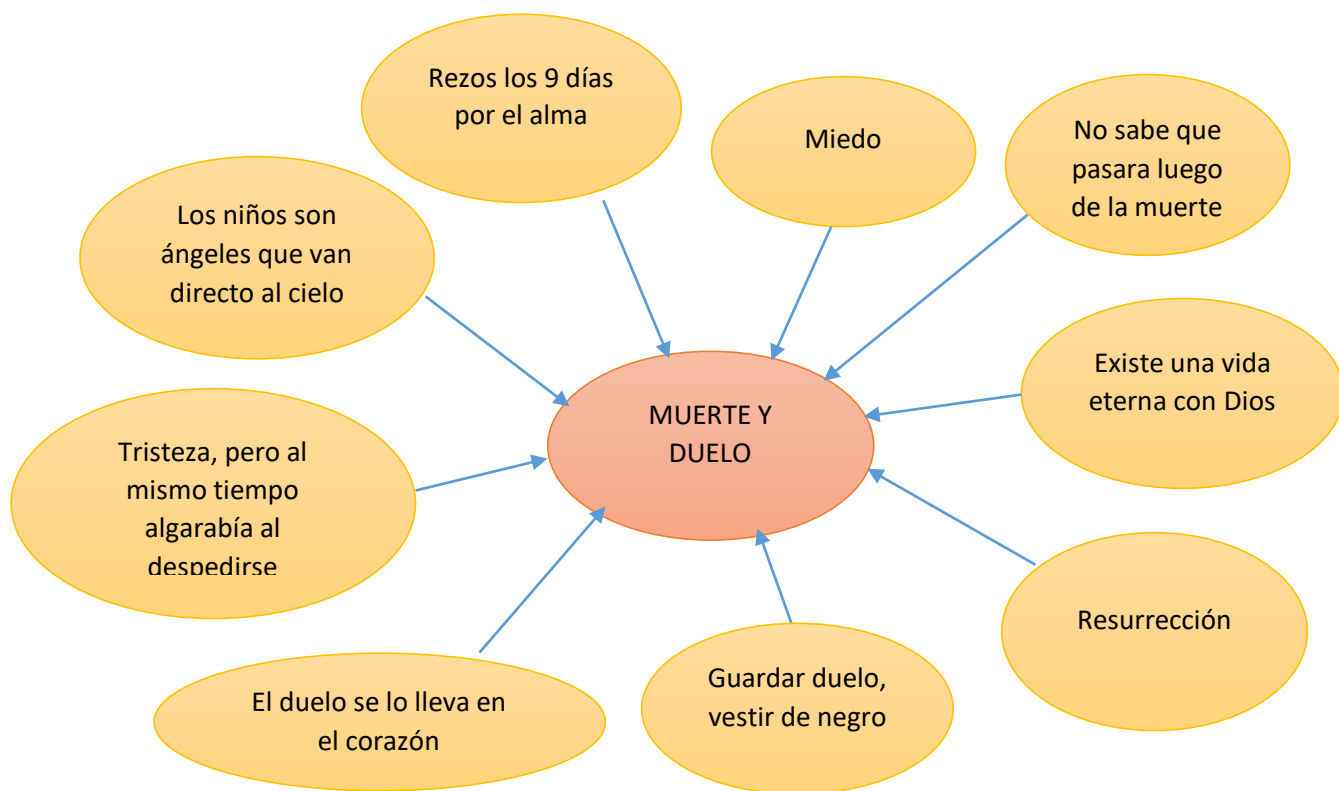


Figura 24. Modelo de Giddens Muerte y Duelo

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

En algunos países de Latinoamérica la venta ilegal de algunas sustancias como marihuana y cocaína es penada por la ley, aun así, el consumo en colegios incrementa cada año.

Diversos autores coinciden con el hecho de que la perspectiva institucional se ha alimentado de un 'determinismo farmacológico' que hoy se presenta como discurso preventivo en la mayoría de los organismos gubernamentales encargados del control del consumo de drogas. (Muñoz, 2012, p: 25)

La venta libre de tabaco y alcohol como drogas sociales también es un problema grave dentro de las comunidades, en Puerto Quito no existe un control lo que lleva al consumo temprano de bebidas alcohólicas lo que lleva a una disertación escolar temprana embarazos no deseados violencia intrafamiliar y un sin número de problemas de las cuales es víctima la sociedad en general.

En la figura 8 se puede observar como resaltan palabras como padres, alcohol, marihuana, tabaco y drogas que son los referentes que tiene las personas entrevistadas sobre el consumo de sustancias.

Es lamentable, incluso yo tenía un sobrino que se había dejado gobernar por las drogas y lo terminaron matando los mismo, compañeros y justo cuando fue el sepelio di un discurso sintiendo mucho por mi sobrino y animando a las madres que se preocupen, y se den cuenta con quien anda sus hijos, así sea que tenga 10 o 12 años, comiencen a vigilarlo porque ahorita pues estas personas que se dedican a eso utilizan a los niños de 11 años para ya hacerlos vendedores de drogas. (Hombre adulto mayor de 65 años casado, Pastor Evangélico de Puerto Quito)

Yo pienso que eso es un mal mayor, un mal peligroso, un mal duro, muchas veces la gente dice: no yo fumo o tomo hasta cuándo yo quiera y me retiro, no, es un

mal, cosa que le esclaviza a la persona que no quisiéramos ni para nuestros hijos ni para nuestros nietos. (Hombre adulto mayor 68 años, unión libre agricultor de Puerto Quito)

Las personas expresan su punto de vista por lo vivido o por lo que han visto deseando que en sus familias no ocurra este hecho lamentable que provoca una pérdida o una crisis mayor en las familias.

Además, existen diferentes causas para el inicio del consumo dentro de la sociedad, desde el punto familiar y de quienes observa que este proceso es algo crónico en la comunidad.

Esta demasiado, por donde quiera uff demasiado, en casi todo puerto quito, hay donde quiera, hay banditas porque son alguno muchachos pero hay unos viejos que también, que uno los ve de un lado a otro y ya están en eso digo viejos porque algunos ya tienen sus 40 o 50 años y andan con eso, ellos dicen que se drogan para tener sexo con alguna mujer, se van a los burdeles y se van y toman, toman y hacen eso, hay muchos, muchos, aquí por decir gana un equipo o hay alguna fiesta hay demasiado, demasiado borracho se toma bastante, los chicos también hay una fiesta de cantonización la mayoría de los veteranos es poco pero ya la juventud peor que están con esos bailes modernos que hay ahora usted ve es puro muchacho señorita bailando y se emborrachan y hay peleas discuten por una enamorada 2 3 4 personas y hay pelea. (Hombre adulto medio de 59 años en unión libre, pequeño comerciante de Puerto Quito)

Las drogas prácticamente han ido en incremento si se puede decir, el expendido de drogas, desde drogas ilícitas a lícitas, haber teníamos también un enfoque distinto a la población el consumo de alcohol está completamente normalizado como el consumo del tabaco todos las fiestas están llenas de consumo de alcohol,

entonces al menos el alcoholismo no es visto como un problema sino como simplemente es una fiesta hay que consumir y listo y la población joven está bastante, bastante metidas en el consumo de sustancias, entonces igual las multifactorial para que un adolescente no quiera iniciar el consumo. La mayoría es en la población de adolescentes es presión social, presión de grupos los que inician el consumo osea, la gran mayoría es por la cuestión del grupo social del grupo del cual ellos están. (Hombre adulto joven de 33 años, soltero, profesional de Puerto Quito)

En consecuencia, sobre la base de una etiqueta que toma por droga a las sustancias ilícitas y no las ‘drogas lícitas’ ni las de control médico, el prohibicionismo de drogas va a elaborar un ‘determinismo farmacológico’ como sistema de comprensión y construcción de la problemática de la droga: una concepción reduccionista de las implicancias sociológicas del consumo de drogas, que va a relegar el contexto del conocimiento científico que elaboramos sobre las drogas. (Muñoz, 2012, p: 26)

Entonces la sociedad no se encuentra lista para enfrentar la problemática, no existen centros de ayuda o no se busca al profesional para iniciar una atención medica integral.

Yo veo aquí a un niño, que él le gusta bastante la droga y si no tiene la droga, el corre a buscarla a seguirla, y si no la consigue, como que le coge la locura, habla y habla, si él pide plata, el pide para el vicio, la mamá no lo aconseja, yo voy, yo le digo comadre aconséjalo que por algo somos madres para aconsejar a nuestros hijos, llevémonos a una rehabilitación pero ellos no quieren. (Mujer adulta mayor de 67 años, casada, agricultura y ama de casa de Puerto Quito)

Yo pienso que debería a ver un lugar donde la persona vaya se interne, le ayuden le apoyen, para que este entretenido y no este desocupado la mente, porque ahí es donde empieza a pensar en consumir. Yo siempre digo que es una desgracia

que aquí no tengamos donde estén estas personas y se las pueda ayudar a dejar de consumir. (Mujer adulta madura de 63 años, casada, ama de casa de Puerto Quito.)

El sistema de salud incrementa los planes de contingencia para ayudar y tratar a las personas consumidoras de drogas, pero es una batalla que se sigue luchando en conjunto con otras instituciones se intenta prevenir a través de charlas en unidades educativas, en iglesias en eventos deportivos pero el consumo es rutinario, se conocen a los vendedores de drogas se saben quién vende en colegios pero la misma autoridad no hace nada, es la queja de madres preocupadas que no saben cómo enfrentar este problema con sus hijos o tienen miedo de realizar una denuncia directa por las represalias que vendrán.

TESTIMONIOS RELEVANTES

Aquí existe desde marihuana cocaína eso es lo que más hay aquí eso es lo que más he escuchado, porque por lo general cuando uno sale en la madrugada

Esta demasiado, por donde quiera uff demasiado, en casi todo puerto quito, hay donde quiera

no conozco las drogas pero el tabaco el alcohol aquí en el pueblo es más hay muchas personas alcohólicas

Yo digo que es un vicio mal fundado, el tabaco es algo que le perjudica a la persona le ataca al corazón a los pulmones se daña la vida

Es algo malo, porque nosotros mismos nos destruimos, perdemos también los buenos conocimientos y hacemos cosas que no debemos

yo veo aquí a un niño, que él le gusta bastante la droga y si no tiene la droga, el corre a buscarla a seguirla, y si no la consigue, como que le coge la locura

Tabla 25. Testimonios Consumo de sustancias

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

ESQUEMA (Modelo de Giddens)



Figura 26. Modelo de Giddens Consumo de Sustancias

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

Según la psicología un maltratador es un ser que ha sufrido también maltrato y que trata de sacar sus emociones o crece pensando que este tipo de comportamientos es normal en el medio social por lo cual los replica en su entorno, creando así un círculo vicioso y convirtiendo a más personas en víctimas y victimarios de la violencia.

Dentro del sistema de salud se procura identificar de manera temprana a las personas que ha sido víctimas de cualquier tipo de maltrato para poder dar el contingente necesario y si es preciso realizar el acompañamiento para la respectiva denuncia y así trabajar de maneja interinstitucional para acabar con este problema social.

En la figura 9 se puede observar palabras como violencia, mujer, hijos, marido y maltrato con lo cual se puede llegar a una idea, el enfoque que se tiene del maltrato dentro de la comunidad de Puerto Quito se encuentra dentro del ámbito familiar y sobre todo quienes son los personajes más perjudicados son las mujeres por el pensamiento machista que aún se encuentra en esta sociedad.

Vera hay violencia psicológica, creo que es la que más duele, porque una violencia física ósea a usted que le pegan un puñete le harán verde todo, pero eso le va a pasar y después usted reacciona y se queda muy tranquila, pero en cambio la psicológica sí dura, porque ahí viene el ofensor y usted espera que le peguen un varillazo psicológico, entonces está herido y le vuelven a herir y así y se siente como un encierro como un perrito que le estén ahí tirando látigo, ya viene el que me pueda ofender trata uno de huir, bueno la violencia física y esa violencia que no es directamente a uno, pero que la afectan a uno, entonces eso también es doloroso, que estén discriminando alguna persona que lo ama o que le estén diciendo esto le duele muchísimo más, yo quisiera que a mí me ofendan quisiera

cargar con todos los males yo, yo he sufrido desde muy joven sí yo lo que he hecho es aguantarme imagínese usted que yo denuncie a un miembro de mi familia en ese sentido arruinaría más las cosas sería yo el culpable sería yo el testigo y se complica todo. (Hombre adulto maduro de 62 años, casado chofer de Puerto Quito)

El temor a defenderse hace que la gente calle su maltrato y empieza con la normalización del mismo creando costumbres machistas de maltrato dentro del hogar.

Cuando el marido le pega a la mujer, existe varios tipo pero la más fea es cuando matan y bueno también cuando el esposo insulta y eso también es violencia, mi esposo me gritaba y me pegaba entonces yo le botaba de casa pero el siempre regresaba hasta que me separe porque no cambiaba, no le puse denuncia, regreso y ahora estoy con el poco a poco ha cambiado ya no me pega y de repente me grita a mí o a los hijos pero muy de repente, cuando toma, no me he separado por mis hijos, el me mantiene a mí y a ellos, y sé que si me voy no creo que pueda darles todo a mis hijos, a veces si lo pienso pero pide perdón y eso y como que pienso que mejor me quedo por ellos. (Mujer adulta joven de 30 años, casada, ama de casa de Puerto Quito)

Aquí hay mucho maltrato pero la gente calla, siempre calla, sobre todo las mujeres maltratadas por vergüenza a que digan ve se quedó sola por tal cosa, ve se separó por andar haciendo q no debe, entonces la gente calla y sigue ahí aguantando, les pegan y ponen a sus hijos como pretexto y no tratan salir de eso, hay otras personas que se separan pero igual la gente habla que se separa por esto, por andar en lo otro porque la gente es así, siempre van hablar sea por lo uno o por lo otro y las mujeres no atreven a salir de eso por el que dirán, porque

siempre es culpa de la mujer hay mucho machismo. (Mujer adulta media de 43 años, divorciada, comerciante de Puerto Quito)

El movimiento feminista desempeñó un papel importante, pues comenzó a atraer la atención pública sobre el abuso sexual al incluirlo en campañas más amplias contra la explotación y el acoso sexuales. Giddens, 2000, p:218); pero pese a todo este tipo de publicidad la gente sigue estando desinformada y no denuncia tales agresiones

La misma sociedad se encarga de opacar los gritos de auxilio de las mujeres que sufren violencia, pero hay otras que sin importar el qué dirán deciden salir adelante solas y se separan rompiendo el círculo del maltrato.

Yo lo deje, lo denuncie cuando ya me cansé, dije hasta ahí no más, por mis hijos, eso pase hasta que crecieron, de trece catorce años ellos me apoyaron y le mandaron sacando, luego pidió perdón quiso regresar, pero yo no, yo ya no quería nada. (Mujer adulta mayor de 68 años soltera, ama de casa de Puerto Quito)

Podemos definir la violencia doméstica como los malos tratos físicos que da un miembro de la familia a otro u otros. (Giddens, 2000, p:220);

Por otro lado, se puede observar el testimonio de una persona que maltrata que no explica causas ni excusas, pero si lo que esto le ha llevado y lo que ha causado dentro de su familia.

Yo si con mi familia, la maltrataba, no decir que con cuchillos o a matarlos si no con palabras, y a mis hijos, que no me gustaba alguna cosa y les hablaba hasta con malas palabras les decía yo, por eso uno ve las cosas ahora que ya está mayor y ve lo que se ha hecho y los demás hijos se abren del hogar de uno y cuando ya tienen ellos hijos uno ya ni los ve porque se alejan. (Hombre adulto mayor 68 años, unión libre agricultor de Puerto Quito)

La vida familiar no es siempre, de ningún modo, un cuadro de armonía y felicidad. La "cara oculta" de la familia se pone de manifiesto en los abusos sexuales y en la violencia doméstica que a menudo se producen dentro de ella. (Giddens, 2000, p 227)

El abuso sexual de la infancia es un fenómeno muy extendido y en gran parte tiene lugar dentro de la familia. (Giddens, 2000, p 216); dentro de la población se encuentran algunos casos que acuden a consulta pero que las personas no buscan denunciar por miedo o vergüenza.

Desde el punto de vista profesional el maltrato social es parte de cultura de la gente, y al igual se pretende cambiar este pensamiento para tener una sociedad mejor con hogares tranquilos para que los niños no crezcan con problemas psicológicos y lleven y extienda esta red del maltrato a otras comunidades.

TESTIMONIO

la violencia doctora es la persona que, que enseguida explota por alguna cosa rápidamente, entonces es violento jala una pistola o un revolver un cuchillo y mata

Considero que la violencia se mantiene a pesar de las talleres charlas de las actividades de prevención de violencia que se da se mantiene

Ósea si la violencia es entre dos hombres sería fatal y si es entre hombre y mujer, sería más fatal, porque la mujer no podría defenderse como el hombre

Eso no es correcto porque yo en mi casa cuando peleó con mi marido Yo espero que mis hijos mis nietos todos se duerman y ahí discutir

La violencia es problemas que no se los asimila y se los enfrenta rápidamente, hay personas que no conversan, sino que enseguida se van a los golpes

Tabla 26. Testimonios Violencia social

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

ESQUEMA (Modelo de Giddens)



Figura 28. Modelo de Giddens Violencia Social

Elaborado por: Viviana Bustos

Fuente: Testimonio de Personas entrevistadas

4.10 Historias de vida

Las historias de vida se realizaron a dos personas adultas mayores, quienes son reconocidos dentro de la población por estar desde el inicio y conformación del pueblo, ellos han sido testigos de cómo ha cambiado con el paso de los años la población del cantón, quienes se van y vienen y los avances que se tienen con respecto a diferentes temas.

Son un hombre y una mujer, entre 70 y 83 años, viudo y casada respectivamente, que ahora se encuentran viviendo su etapa de adultos mayores junto a sus familias.

Me llamo Bolívar Martínez Fuertes tengo 83 años, soy Viudo, estude el colegio y en mi vida me dedique a ganadería en Mindo, me case muy joven con Julia Mora, una quiteña hermosa, yo soy de Tulcán, la conocí y me enamoré y nos vinimos a vivir a Mindo ahí tenía mi finquita.

Yo había escuchado que aquí en esta zona era tierra virgen, entonces vinimos a conocer, cuando nosotros venimos, esto era de la plena montaña, lo que es la montaña, aquí nos fuimos, nos gustó mucho aquí esta zona, ella entonces me dice, pastuso hagamos el pueblo, entonces se fue al centro poblado que decían que había allá, donde había unas 15 personas en una reunión, yo me quede aquí con otros amigos que estaba, pero esta era montaña, entonces cuando yo fui, ya le habían puesto de presidenta y había aceptado entre la comunidad.

Nosotros vinimos creo en el 71. Ósea aquí, ya había gente morena asentada, familias como de Teresa Mina, Felipe Mina, Cesario Ruano, había que se yo, este señor Lautaro Estrada, este otro Isaac Mina, este Hurtado había también, Juanito Quirola, Segundo Mina, Segundo Jiménez, cual otro más, Fabiola Erazo, yo me acuerdo casi poquitos éramos los que estábamos, éramos contaditos, una

vez que acepto mi esposa, la presidencia de la comunidad, vienen y me dice pastuso yo ya acepte, y le digo chuta esta fregado le digo, y antes de eso nosotros tenemos una propiedad en Mindo, en Mindo tenemos 1000 y pico de Ha, entonces ya me gusto, entonces y aquí hicimos una comisión, y nos fuimos a San Miguel de los Bancos, que en ese tiempo se llamaba el IERAC y en ese tiempo dice digamos al IERAC, ellos tienen un tractor grande, entonces los saludamos y dijimos que queremos un tractor que nos alquile, entonces ele como eran amigos conocidos, entonces dice, pero necesitamos el tractor para llevar adentro a puerto Quito, todavía no se llamaba Puerto Quito, entonces decimos que nos alquile el tractor porque vamos a formar un pueblo allá en Macallares, así se llamaba esto antes, ¿cómo van a alquilar? dice, ustedes tienen tremenda propiedad y se van a ir a formar uno allá, nos vamos a formar, queremos que nos alquile, entonces ahí, ¿enserio?, enserio queremos, entonces de aquí nos fuimos con la directiva entre cinco personas y le alquilamos el tractor, pedían trescientos mil y de aquí de la directiva le damos ciento cincuenta mil sucres, como no había yo también puse de mi bolsillo, y pusimos los tres cientos mil para que nos den el tractor, se hizo el documento y entonces dicen el tractor se va para Macallares, entonces la verdad trajimos aquí el tractor y empezamos a tractorar, porque esto era una montaña virgen, había huecos por todo lado, ya con el tractor se fue quedando planito, entonces la gente que venía ya le gusto, aquí no teníamos ni puente, no teníamos nada, nuestro camino era el río, bajábamos en Balsa a Quininde. Cuando el río estaba súper grande, a veces no podíamos parar en Quininde íbamos a parar a Esmeraldas. A los Bancos no había como subir porque era una lodacera del diablo, no había como, más seguro era para la unión, para Quininde aquí el primer barrio fue esta calle principal, en la que estamos, 18 de mayo de

allí la Unidad Nacional, una vez que estuvo formado y ya tractorado pedimos el plan regulador al IERAC, entonces nos dieron ya plata, el plan regulador nosotros llamamos así a la gente para entregar los bonos a cada cual, ósea metían la mano ellos en una canasta y sacaban su boleto, ósea en cada lotecito estaba en un palito puesto y estaba el número de su lote, de allí cada cual cogía su numerito, decíamos en tal parte queda vaya busque, tal numero ese es su lote, así fue la historia de lo que se ha hecho en el tiempo de mi finada mujer, y en el tiempo de ella también ósea, para sacar ósea, como es, del 48 para acá, habría que sacar un presupuesto, entonces me dice pastuso vamos a Guayaquil yo tengo en Guayaquil mis amistades, y fuimos allá. Entonces en Guayaquil llegamos donde el finado Carlos Julio Arosemena, con mi mujer habían sido compañeros de colegio, de universidad andaban todos juntos, entonces llegamos hacia los 26 años donde Carlos Julio Arosemena, entonces llegamos a Guayaquil, entramos a la casa de el un día viernes, le toca el timbre y saca la cabeza, quién es?, yo carambas Julia Mora, Julia Mora se llamaba mi esposa, ella era mal hablada, el finado Carlos Julio también era mal hablado, entonces que no es Julita Mora?, la misma, entra hermana dice, te hemos tenido por muerta caramba, donde estas metida caramba, entonces mi esposa le dijo, estoy en una plena montaña y estoy formando un pueblo y he venido a pedirles un favor, no para mí, ni para mi marido, porque yo todavía puedo trabajar dijo así, a que me den un carretero asfaltado, porque camino de andar en burro tenemos lo suficiente, a esto he venido a ver si me quieren o no me quieren?, como no te vamos a querer Julita Mora, si a los años, a los veinte y seis años, con la plata del gobierno caramba te vamos a apoyar, entonces cogió el teléfono, le llamo a Otto Arosemena, eran diez doce minutos de haber estado allí, mientras se abrió una botella de champagne

estábamos tomando allí, llego otro señor y dice carambas una sorpresa, esta Julita Mora, no te creo dice ha venido a visitarme, y de allí le llamo al papa de Jaime Nebot, estaba de ministro de vivienda entonces el llego y también le llamaron y llego a saludar, entonces así como le converso, le pidió a los directores le vamos a apoyar para sacar ese carretero. Entonces dijo como tú tienes el verbo te vamos a conseguir la palabra en el congreso y de allí salimos y se concretó una fecha para salir a Quito, de allí salimos a la fecha a Quito y en votación del congreso que tomo la palabra mi esposa a las doce de la noche ganamos en votación de congreso, allí había un pariente de mi finada esposa, que creo que todavía vive Mora Bowen, si ha de ver escuchado ministro de gobierno en ese tiempo, entonces dice caramba dice ustedes están con toda la suerte, mañana vayan por mi oficina, vayan llevando un oficio, que se va a hacer asfaltado esa carretera, del 48 para acá, entonces dice chuta, trajimos el oficio para acá y había unas quince veinte personas que decían que se haga con piedritas decían, porque que van hacer, sino teníamos ni puente, no teníamos nada, eso estaba por adentro del monte, que se haga con piedritas, porque asfaltado cuando, ni pensaban, ya, cuando de allí a los tres meses, cuando salimos ya había estado aprobada la compañía Coseco que se vino del 48 para acá, cuando dice Mora Bowen, ya está la compañía Coseco, se va para allá, ya está contratada, esa es la que tienen que verle cómo está trabajando, como están haciendo por allá, eso fue en el tiempo de mi finada esposa, y de Quito también ella manejaba, también la gente de Quito, porque ella manejaba costa y sierra, porque en el tiempo del bombita, Rodríguez Lara, ella tenía también, un hermano de él, era casado con una hija de mi finada mujer, entonces ella le pedía entrabamos, le pedía nos daban, y después, por ejemplo, el primer alcantarillado lo pidió mi finada esposa,

fue que lo dio Alvarito Pérez, ya estiro la pata, él nos apoyó en ese tiempo, nos dio el mercado y el primer alcantarillado y ese puente en el tiempo de mi finada esposa, carambas Bolívar, yo me llamo Bolívar y Julita Mora caramba, si así le puso el brazo, y si eso cuesta plata, que noticia tiene arquitecto, el día martes de la semana pasada ya estuvo allí para el contrato, entonces ya llego y allí ya nos apoyaron para el mercado y el alcantarillado, así, entonces mi esposa ya cumplió el año, se puso otro oficio al otro presidente, me olvide el nombre, que era de aquí de Santo Domingo, después de él, entre yo de presidente, en el tiempo mío, fui yo gestor de la parroquialización, que hice el movimiento para hacer la parroquialización, hice los tramites en el ministerio de gobierno, en el consejo provincial, durante el tiempo que estuve quedo todo en el ministerio de gobierno y el consejo provincial cuando ya salí, todo eso quedo, entonces todo eso se movió a los ocho años se movió eso para sacar la parroquialización, con la parroquialización comenzamos vuelta a hacer el comité de cantonización, fui vocal principal también, hubo tres directivas, la primera hicimos, no sirvió para nada, en la segunda también no sirvió para nada, en la tercera esa si fue la vencida, allí sacamos la cantonización nosotros.

La parte de la salud era muy difícil aquí no teníamos a veces, cuando se enfermaban, tocaba ir aguas abajo en balsa o en canoa, a Quininde, eso, de allí para ir a la sierra no había como.

Cuando se hizo el primer centro de salud era buena la atención, ósea la gente que estaba, muy amable, atenta, venga, venga, pase adentro, tome asiento, paciencia, que ya mismo le atendemos, había gente enseguida le atendían.

La medicación en ciertas partes había, de no, tocaba comprar, y a veces tocaba ir a comprar por afuera en otro lado que aquí no había, después ya viene y pone la botica la señora Domina, entonces todo mundo se atendía allí donde ella.

Ahora al centro nuevo si he ido de repente a hacerme tomar la presión, no tengo porque quejarme, me han atendido, si me han prestado atención.

Para mi hubiera sido lindo que lo hagan más grande, porque habría para poner cualquier cosa más, hubiese sido excelente, pero bueno estamos más conformes con lo que nos han dado siquiera allí, peor no tener nada.

Bueno hay gente que dicen son amables, hay otras gentes que no les importa nada, yo no sé a qué se debe, groseros porque tienen su puesto de doctor o algo así, a veces pasan ni saludan hay personas que son atentos, la gente muy amable, pero hay gente que pasan, además, bueno es que a veces la medicina tampoco hay aquí, es que a veces dicen que vaya, le dan la receta, porque recién la semana pasada que tengo mi nietita chiquita, le dio unas manchitas, le salió unas moraditas, entonces le llevo mi hija, le han inyectado para no sé qué cosa y el resto vaya y compre por otro lado o Bueno aquí hay personas que unos tienen ósea casi poca confianza aquí, aquí hay solamente practicantes nomas, cogen y se van nomas a otro lado, cuando es cosa de emergencia, allí van, ya cuando la cosa esta dura, se van nomas. Las citas a veces si es difícil, a veces se ha ido y le han dicho, hoy no puedo darle vengase la otra semana para darle, o si alguien le dan le dicen vengase después de quince días, después de quince días ya estira la pata, ya se muere, eso si yo he escuchado. Ahorita que me acuerdo tengo mi chico, estaba jugando volley acá en donde le llamamos el revolcadero, entonces me acerco y le digo Moisés, le digo que te pasa, dice nada, se van al sub centro, y dice no tiene nada, un dolor de estómago, entonces le dan paracetamol, buscapina, tómese eso,

tranquilamente santo remedio, entonces se toma y se viene, cuando llega ya aquí como a las diez de la noche, estaba aquí en su cuarto, cuando ya se levanta y dice: papi, ya lo llame al Iván para que me lleve a Pedro Vicente, estoy mal, entonces cuando ya llego mi sobrino con el carro, me dice que le vamos a llevar a Pedro Vicente, vamos directo a la Concordia, entonces nos cogimos y lo llevamos, entonces el Dr. Estévez tenía dañado el chip que dicen del celular, no nos contestaba, entonces lo llevamos a Santo Domingo, de un lado a otro en ninguna clínica lo querían recibir, de allí nos fuimos a emergencia del hospital de gobierno, ya había estado reventándose la apéndice, y aquí le dan paracetamol y buscapina, eso hacían, allí le pusieron suero y todo eso y le operaron, allí le habían sacado las tripas afuera para lavarle, y aquí le dan paracetamol y la buscapina.

Los embarazos de mi esposa por ejemplo todo fueron bien yo le hacía atender en la Concordia, planificamos tener tres y treceitos nomas tuvimos, ella dio por cesárea y ya cuando regresaba yo tenía una señora así, para que nos ayude, cualquiera cosa, y así me ayudaba ella, me daba la mano.

Cuando mi esposa murió, mi esposa era de la iglesia evangélica apostólica, ahí, se hace la velación y nada más, no como los católicos que hace la misa, una cosa y otra cosa, en la iglesia evangélica vuelta no. Entonces así fue el duelo se lo lleva en el corazón de uno.

Ahora se ve acá que la juventud se dedica a la droga, y yo no sé de donde proviene, los señores que traen la droga y eso sería muy importante descubrir, todas esas cosas, porque se dañan la juventud, la niñez, así es, sería lindo que metan la mano allí que ayuden para poder controlar, las drogas que consumen eso hace que aumente la violencia, hay ciertas personas que mantienen machismo todavía.

Don Bolívar nos cuenta desde su realidad como fue y es el crecimiento de la comunidad de Puerto Quito, nos relata desde cómo llegaron al pueblo y como ha ido creciendo hasta su cantonización, siendo recuerdos muy buenos sobre su juventud y adultez, pues ve como algo muy importante el haber podido contribuir con la formación de la comunidad, por lo cual se lo consideró como un informante clave en esta investigación ya que el bagaje de conocimientos sobre la historia nos ayuda a complementar la información etnográfica y a comprender la interculturalidad de las personas y su diversidad cultural, saber que la comunidad se formó con gente de la costa, de la sierra y que se han sumado muchas culturas alrededor de los años es importante para entender hoy por hoy el comportamiento frente a diversos temas como los aquí planteados.

Además, él, como adulto mayor nos entrega su visión sobre los temas relevantes de salud, en donde nos manifiesta su inconformidad con el sector público por casos suscitados y contados anteriormente, mira de manera preocupada el tema de drogas y violencia dentro de la población destacando el problema q se viene para las futuras generaciones y nos cuenta sus experiencias en el plano familiar con respecto a los embarazos y partos de su esposa destacando la ayuda del sector privado nuevamente.

Ahora veamos la historia de una mujer igualmente adulta mayor que también estuvo en el desarrollo del pueblo y quien nos cuenta desde su realidad y sus vivencias como fue:

Mi nombre es Maria Susana Arias Rivera tengo 70 años nací aquí, soy casada, estudié solo la primaria por antes los papás decían que las niñas con que sepan escribir era suficiente, aprendí a poner mi nombre y a sumar, yo vivía en el campo con mi madre y mi hermano, no tenia papá por que el falleció.

Ya no recuerdo ni porque me case, no sé si estaría enamorada pero es que en mi casa tenía un hermano que me pegaba, duro me daba, y me dolía, le decía a mi mami, pero me daba y yo cometí el error de coger una maleta e irle a buscar a la casa al que es mi esposo, a decirle que me lleve que ya no soportaba en la casa, claro que ya éramos enamorados y le dije llévame, y no me quiso llevar, dijo que tenía un trabajo que terminar para ir, que sentimiento y me regrese con la maleta a la casa, mis papas no sabían no estaban ahí y de ahí me dijo que me iba a ver en la casa para ver que dicen, ya pues y llego y sabia mi hermano que tenía a el de enamorado y no le gustaba, porque él tenía otra mujer solo que ya se había separado una viejita tenia, y él era joven pero no le gustaba eso a mi hermano, entonces ahí vino a verme, y le dijo: que vienes acá si tú no eres bienvenido le dijo mi hermano y de arriba como la casa era de dos pisos agarro un banco y le lanzo a mi marido, y fue a ver en un árbol una escopeta que tenía, malísimo era mi hermano, entonces yo me desesperaba y yo le decía que se vaya, que se vaya y se fue y mi hermano fue con el arma atrás y se había metido en unos montes y lo vio pasar a mi hermano y de ahí se encapricho y me llevo de una vez y ahí nos fuimos a vivir a quito y de ahí arrendábamos, luego bajamos primero a la 48 y luego acá al pueblo, mi madre bonita , donde estará mi hijita decía y calladita me iba a ver allá, mi padre no porque el falleció por eso vivía con mi hermano y mi mama, ya cuando bajamos yo bravísima le respondía a mi hermano, que el cuándo tenga sus hijas ahí pegara a mí no me venga a levantar la mano, bravísima yo, la vida ha sido dura, mucho maltrato desde que era niña y después también.

La violencia es portarse mal, ser un hombre machista o una mujer machista, esa es la violencia, pegar gritar ser de mal carácter, yo fui víctima de violencia por mi esposo cuando era joven, me pegaba me empujaba me lanzaba con la comida,

por machista, por celos o a veces porque faltaba sal o porque estaba un poquito pasado la sal y lanzaba la comida, eso era en la juventud, ahora ya está viejito ya no le hago caso, pero en cambio el siempre ha sido responsable con los hijos, en la comida nunca nos ha hecho faltar nada, en ese entonces solo me ponía a llorar nada más pero ya después me puse resabiada, ya no me dejaba no más, yo le respondía, le lanzaba lo que encontraba, eso cuando los hijos estaban pequeños, pero una vez cuando la hija tenía como 12 o 13 años y le dijo ya papi basta hasta ahí no más y se puso en el medio y le dijo: que si algo tiene que reclamarle a mi mami reclámele con palabras, desde ahí ya no me pagaba más, no me gustaba avisar a mi mami porque ella se ponía a llorar, no sabía ella, eso de hacer saber a los padres es por gusto, porque si uno ya tiene marido, se casó pues tiene que aguantar, así como se comprometió no, cuando mi mami preguntaba, yo le decía no mami yo vivo bien , una vez ya me iba, llene en un cartón mis cositas y una maletita, mi hijo varón, el ultimo decía vamos mami déjele a mi papi es malo, déjele, en cambio mi hija la Fanny no decía nada pero recogiendo las cosas, ya afuera él se había ido a trabajar y decían ya vamos a coger el carro y me dijo mi Fanny yo no voy con usted si quiere vaya usted sola yo me quedo con mi papi, que animo me va a dar de ir, dejándole a mi hija con el otro, no pues, mi hijo era bravísimo diciendo que no nos vamos, me quede solo por mi hija, yo nunca he querido que mis hijos se críen sin papa o sin mama porque es duro que se críen así entonces yo por ellos he soportado, pero a veces es bueno soportar vera, porque el cuándo estoy enferma viene y me dice como estas, cuando no me levanto de la cama como estas me dice, que quieres que te haga, ya me trae un juguito un vasito de agua y se conduele, en cambio mis hijos, ellos ya no están, por están

trabajando, entonces si es bueno soportar, en cambio si me hubiera metido con otro mis hijos botados por ahí y eso, yo nunca he querido que mis hijos sean así.

Yo siempre he ido al centro de salud, porque nosotros hemos tenido alguna enfermedad y desde que era chiquita íbamos cuando era por el mercado que arrendaban, yo me iba a pie, ha cambiado mucho el centro de salud, antes era una casa que arrendaban por ahí por donde es el patronato, después mi esposo dono un pedacito de terreno en donde hicieron el centro de salud, pero ahorita es lo de educación, mi hija fue la primera enfermera aquí, antes había muchas quejas de que no les trataban bien, desde el persona que sacaba las historias, pero ahora no, son muy amables, los médicos, las enfermeras y desde los medicamentos mismo, antes no había nada de medición y ahora mire nos dan todo y hasta lo bonito q es.

Siempre a sido útil, como ejemplo la del otro día que me internaron, estaba malita, malita, parecía que ya me iba a quedar ahí, pero estoy bien, yo no me quejo, muchas personas se quejan, a mí me han atendido muy bien, para que, no puedo quejarme como algunas personas dice: que no vale el centro de salud, que no atienden bien, que es una tontera, yo les digo que para mí no , porque los doctores han sido muy buenas personas, me han atendido, aunque yo ya tengo una doctorita que siempre me atienden, pero para mí todo está muy bien, dicen que es bien difícil sacar una cita, dice una amiga, para tal fecha me asignaron hasta eso yo me muero, dice, es difícil, bueno aunque para mí no es difícil incluso, cuando ya se necesita alguna especialidad nos envían a Santo Domingo o a Quito.

Acudo solo cuando estoy bien enferma, si no para que molestar, otros van todos los días.

Cuando uno está mal, que las cosas se olvidan, que dice aquí no está y he puesto en otro lugar, mi hermano sufre de demencia, se olvida de mi sobrina, le pregunta cómo se llama o empieza a insultar, pero al rato como que vuelve y le reconoce.

Siempre me da muchos nervios o ganas de llorar, yo a veces quiero acudir al psicólogo, pero no lo he hecho, y de ahí a Dios solamente, en el confió y lloro y ahí me pasa.

En la etapa de la menopausia me daban ganas hasta de matarme, no se me daba demasiado mal carácter parecía que nadie me quería que mis hijos y mi marido me veían mal, me trataban mal, parecía que me veían con odio pero era mentira era la enfermedad yo creo no, y decía Dios mio a mi aquí nadie me quiere, en mi mente con la imaginación, imaginaba unos caminos largos y decía por ahí me fuera o sino veía el cementerio y decía mejor ahí me muriera y me quedara ahí mejor, pasando eso de la menopausia todo volvió a la normalidad así como si nada, por eso me di cuenta que era por la menopausia porque no había otra cosa mas

Siempre digo que quiero matarme, que desearía morirme, siempre lo digo por mi enfermedad y el dolor de piernas que tengo, siempre se lo digo a mi hija y ella me dice hay mami déjese de cosas ya se le está yendo la cabeza, como va a pensar eso, yo aunque sea en silla de ruedas le quiero ver, pero cuando ella me dice que esta triste yo le abrazo duro y lloro con ella porque yo doy la vida por mis hijos (llanto)cundo me dicen mami tengo este problema, les digo. Fuerza, pide a Dios, hace tiempo tuvo un problema y quería irse, pero luego me dijo que con mis consejos las cosas se arreglaron y que mejor que no se fue, una madre siempre da la vida por lo hijos.

A estas alturas ya no disfruto nada, disfrute cuando era joven con mi esposo, pero estas alturas ya no, me limita mi enfermedad, casi paso postrada y también hay algo psicológico en mi mente, cuando los esposos traicionan, mi esposo siempre ha sabido traicionarme con muchas mujeres, pero yo no hacía caso a la final decía es hombre, yo no pasaba aquí, pensaba en santo domingo o en quito cuidando a mis hijos, y nunca cambiaba, pero últimamente, bueno ahorita ya no, hace años se había ido a conseguir una mujer, una negra feísima que eso me impacto y no lo he podido borrar de mi mente, y cuando el venia hecho el cariñoso yo le decía, como te vas a meter con esa negra mariscosa, quítate de aquí y eso me impacto bastante y aun que dicen que eso algunas veces se olvida, yo ya me iba separando, yo ya estaba diciendo que me iba, ya dije a mis hijos, a ellos tampoco les gusto lo que ha hecho el papa, yo estaba buena en ese entonces, yo podía hacer mis cosas y vivir bien para mí pero justo llegaron unos amigos compadres, con ellos había bastante confianza, les contamos y delante de ellos me pidió perdón, lloro porque yo dije no vale eso yo me voy de aquí y le dije claro para ti es fácil pedir perdón y le dije yo te perdono pero es difícil olvidarse, él había tenido muchas mozas pero no impacto como eso, de repente le veo por ahí pero ahora ya no hago caso antes me daba coraje ahora ya no.

Yo no pensé hacerle lo mismo por esa parte mi matrimonio yo jamás le he traicionado, a pesar de todo lo que él me ha hecho hemos sido como nuestras abuelas y mamas, en este tiempo si pues pagan con la misma moneda, ahora las mujeres por cualquier cosa se prostituyen no se si se le pueda llamar trabajo que sirve para vivir, vicio porque a veces es de mujeres vagas que no quieren trabajar de otra cosa y ganan el dinero, como dicen los muchachos de avaquita, entonces yo pienso que es un trabajo suave para ellas, pero si hay trabajos más decentes

para trabajar, la verdad es que aquí en el centro no hay, el prostíbulo es por arriba por la sexta, no estoy muy al tanto, pero no hace falta de prostíbulos así, porque se ven y se escuchan muchas cosas que aunque no son conocidas como prostitutas si hay alguna que otra que se comportan y la gente dice por aquí, lo que si la gente, los hombres debería cuidarse, ahora con todos esos métodos, antes en mis tiempos no había yo no planifique, ni me cuidé yo solo planifiqué mi último embarazo y ahí me puse la t para no embarazarme.

Mi primer hijo lo tuve en la maternidad en Quito, el segundo fue en la casa con una partera, el último también fue en la casa con parteras de confianza, en mis tiempos no nos hacíamos controles, debe haber habido, pero yo nunca me hice y de que salían, pues salían bien los muchachos, yo sabía que estaba embarazada cuando ya no veía regla y empezaban los estragos, los vómitos, las perezas, los antojos, entonces ya sabía que estaba embarazada e iba contando ya los meses, yo no le molestaba a mi mami, cuando daba a luz, ella también tenía sus chanchos sus gallinas, mi esposo, el me atendía unos cuatro días, el me cuidaba, me daba cocinando y hacia lo que había que hacer ya después de cuatro días se iba a trabajar, como de ese entonces cocinábamos con leña, yo vivía en el segundo piso, entonces el me dejaba agua, leña o sino me dejaba cocinando y se iba a trabajar y me dejaba sola y venia de tarde, es que si me pasaba atendiendo no había de comer porque tenía que trabajar.

No guarde nunca los 40 días, yo me acostumbre a no guardar, a mis hijas solo les dije después del primer hijo, que se cuiden que no tengan rápido otro hijo.

Porque ahora eso de madres solteras, las madres solteras también deben cuidarse para no tener niños, ellas pueden protegerse y muchas cosas para no traer niños al mundo si no es que en mi pensar es que ellas tienes a veces los niños por sacar

plata, hay veces que tiene de tres hombres y le pagan cien dólares por cada hijo y eso ya me parece un negocio ya, cada mes ya tiene para vivir, ahora hay más facilidad para cuidarse, deben cuidarse, a las que ya son abandonadas por los esposo ahí si deben seguir el juicio de alimentos, igual pueden vivir de ese dinero, si es muy triste.

Bueno la muerte si ya es cuando le toca, uno sabe dónde ha nacido, pero no sabe dónde uno se muere.

Es duro ver como alguien querido fallece, es como que un pedazo de uno se ha ido, cuando murió mi mami, mi hermano, fue lo más duro uno se siente un vacío en la casa, parece que no se ha muerto parece que uno ya se ve a veces en la mesa sentada, a veces me olvidaba y le decía mami y mi hija me decía que le pasa si ya no está aquí mi abuelita, uno no se deja de nombrar pero muchas de las veces sin darse cuenta se nombra a la persona, dicen que hay resurrección pero que hay esperanza, que hay dos unos después resucitan y otros mueren para siempre, porque Dios le da un juicio, eso se yo y que por eso debemos ser buenos para tener esperanza.

El momento en que ha fallecido se le hace el velorio se le ha ido a enterrar siempre acompañan las hijas las nietas, eso de la ropa en realidad no tiene que ver nada uno lleva el duelo en el corazón. En el caso de Miami ella decía hija cuando me muera vélame solo un día y rápido entiérrame porque yo no quiero darles sufrimiento, pero nosotros unas dos nohecitas le velamos.

Yo tengo un sobrino que se droga, y si es malísimo yo siempre a los chicos les doy consejo, ellos dicen que no, pero de repente, las drogas le cambian a la persona,

le ponen agresiva, se ponen a robar hasta matar y violar entonces eso no es bueno, a mí la verdad es que me da miedo.

Aquí yo no he visto pero dicen que hay mucho, los drogados si pasan por aquí pero como son amigos, se les saluda y ellos también dicen hola buenas tardes, dicen que a los drogadictos hay que tenerles de amigos y no de enemigos, pero tampoco tanto amigo, si no que no mirarles mal para que no le roben a uno y no le hagan daño

De los tipos no conozco, pero el tabaco y el alcohol es malísimo también para los pulmones, para el hígado es malo también lo dañan, cuando era joven, señorita sabia fumar, pero de vez en cuando, pero yo mismo dije esto no está bueno, aunque me daba placer fumar y mi esposo también fumaba entonces a mí me gustaba ese aroma y me gusto, cuando quedaba sola fumaba más.

A veces la gente cae en esa vida de la droga por la familia, los amigos, otros dicen que, por la soledad, el maltrato, otros dicen que solo se fuman una pitadita pero hacen la pitadita y les va gustando, pienso que lo de la droga no es desde la casa, bueno no sé cómo será otros hogares pero en mi caso siempre se les está aconsejando hasta que le dicen ya mami ya mami nosotros no hacemos nada.

Como podemos observar dentro de esta historia de vida se revela la violencia y el maltrato del que fue víctima la entrevistada y el pensamiento de sumisión que por costumbre se hereda, ella menciona que no pudo dejar a su esposo por sus hijos; Los efectos del divorcio o separación de los padres sobre los hijos son difíciles de evaluar. La intensidad del conflicto entre los padres antes de la separación, la edad de los niños en esa época, la existencia o no de hermanos o hermanas, la disponibilidad de abuelos u otros familiares, la relación de los niños con el padre y la madre por separado, en qué medida continúan

viendo a sus padres con frecuencia.... éstos y otros elementos pueden influir en el proceso de ajuste. (Giddens, 2000, p 205). Crea un pensamiento erróneo de normalidad ante la violencia tanto física como psicológica, lo cual en el mismo relato revela que tuvo sus repercusiones psicológicas, ahora la paciente cursa con estados depresivos que si no son tratados y valorados pueden deteriorar más la calidad de vida de esta adulta mayor.

Podemos definir la violencia doméstica como los malos tratos físicos que da un miembro de la familia a otro u otros. Los estudios muestran que las principales víctimas de este tipo de violencia son los niños, en particular los menores de seis años. La violencia de los maridos hacia las mujeres es el segundo tipo más frecuente. (Giddens, 2000, p 220).

Así como la historia de doña María, hay muchas más dentro de la comunidad y el país, que acarrear diferentes problemas sociales como el consumo de sustancias, la delincuencia y la prostitución; madres adolescentes que dejan a sus hijos o los crían con la misma sumisión que las criaron a ellas bajo un yugo auto infringido que por ignorancia se vuelve un círculo vicioso.

La vida familiar no es siempre, de ningún modo, un cuadro de armonía y felicidad. La "cara oculta" de la familia se pone de manifiesto en los abusos sexuales y en la violencia doméstica que a menudo se producen dentro de ella. (Giddens, 2000, p 227).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

✓ SALUD

Se puede concluir que el concepto de salud por parte de la población depende del grupo etario al que se le interroga, el temor de la población a las enfermedades catastróficas es muy grande sobre todo en los adultos maduros y adultos mayores y su respuesta no está dirigida al tratamiento por especialidades sino se observa aun el pensamiento mágico o religioso presente en la población.

Concluyo que la consulta realizada por los especialistas de medicina familiar ha tenido frutos en cuanto al cuidado de la alimentación en algunas personas, logrando entrelazarlo con la ejecución de actividad física diaria y así prevenir enfermedades metabólicas, cumpliendo con las metas propuestas dentro de campo médico.

✓ RELACION MEDICO PACIENTE

Se pudo recabar de las entrevistas que la relación del médico con el paciente depende de la comunicación e interacción en la consulta, mientras más amabilidad, confianza y estima demuestre el médico, el paciente se abrirá más, llegando a realizar una anamnesis adecuada para llegar al diagnóstico de las patologías y conservar la continuidad y seguimiento de los pacientes en la consulta externa, logrando así la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y establecer las guías preventivas pertinentes para mejorar la calidad de vida.

✓ CALIDAD DE LOS SERVICIOS

La calidad de los servicios de salud es medida por el paciente sobre todo en cuanto al trato que reciben por el personal que labora en la casa de salud como por los servicios que reciben en este, por lo cual cuando hay falta de medición por ejemplo

el centro de salud será malo y cuando encuentren todo para el tratamiento y valoración de sus enfermedades el centro de salud será de excelente calidad, conservando un pensamiento erróneo que sesga la verdadera calidad del servicio prestado.

✓ SALUD MENTAL

La salud mental es un tema de poco interés y desconocimiento en la población por lo que la identificación y diagnóstico de enfermedades mentales o psicológicas es de mucha preocupación y estigmatización en la población por lo cual prefieren no acudir a las consultas tanto médicas como psicológicas que se requieren para tratar la enfermedad, creando cuadros crónicos que son identificados por el profesional cuando el tratamiento debe ser largo o su derivación a instituciones de mayor complejidad debe ser inmediata.

✓ SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La sexualidad es un tema tabú en la comunidad tanto en jóvenes, adultos o ancianos, incluso en el mismo personal de salud que atiende en la unidad llegando a la desinformación, descuido y creencias populares que conllevan cierto grado de problemas personales y de pareja, además de acarrear a los embarazos no planificados en diferentes edades, llevando a más niños que se desarrollen en situaciones precarias siendo víctimas de maltrata y diferentes tipos de violencia que desencadena en consumo de sustancias y robo.

✓ EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

En el tema de los embarazos por parte del personal a cargo de la captación, valoración y chequeo de las mujeres ha mejorado mucho, los servicios que presta el centro de salud para los chequeos mantienen a la población bien cuidada, disminuyendo el índice de mortalidad materna y neonatal además de la seguridad

que existe en la atención de emergencia o derivación de las mismas el cual es inmediato.

Las costumbres sobre el parto y el puerperio han cambiado, las mujeres manifiestan que el dar a luz en casa tiene sus ventajas y desventajas, el apoyo familiar siempre es importante y estimado en esos momentos, pero el cuidado de dietas y reposo ya no es exigido al momento del postparto, como era en épocas anteriores, el hecho de que la mujer sea jefe de hogar o tenga una profesión hace que estas costumbres se vean desplazadas por la necesidad de mantener sus hogares y familiar.

✓ MUERTE Y DUELO

La idea de la muerte sigue siendo algo que asusta, que causa temor para quien la padece sea por un familiar directo o pensar en la muerte de si mismo es motivo de tristeza tratando de evitar a toda costa que se manifieste, además de considerar que no existe otra vida luego de la muerte o creer que se tendrá el descanso eterno dependiendo de sus acciones y de la religión profesada

El duelo es llevado de diferentes maneras según la religión, costumbres, pueblos de donde se pertenezca, incluso se llega a una combinación de tradiciones que terminan siendo un rito de despedida y purificación espiritual, el duelo que pasa una persona o familia siempre debe ser evaluado por el personal de salud para que no se transforme en un problema patológico.

✓ CONSUMO DE SUSTANCIAS

Las drogas tanto lícitas como ilícitas es un tema que preocupa a la población por las vivencia propias y ajenas, pero causa temor y vergüenza, el verse involucrados en escándalos de denuncias o de consumo, las autoridades buscan el apoyo comunitario para la disminución de este tipo de delitos, pero el trabajo en conjunto

aún no está del todo estructurado y la estrategia interinstitucional planteada por el gobierno local y la ciudadanía no está concretada aún.

✓ **VIOLENCIA SOCIAL**

La violencia y el maltrato hacia la mujer o intrafamiliar es evidente en la población, sea cual sea, física o psicológica, existe normalización en este tipo de eventos formando el círculo eterno dentro de la comunidad, no se evidencian aun casos de femicidio en el cantón, pero día a día las denuncias crecen en fiscalía por este tipo de acciones.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- ✓ A todos los grupos de edad que acudan a consulta se debe continuar fomentando la cultura de prevención de enfermedades y el cuidado de la salud, dando herramientas al personal y capacitando a la población en cualquier evento y oportunidad como son las reuniones de comité de salud, las charlas interinstitucionales, las asambleas de consejo municipal y eventos festivos
- ✓ A nivel del personal de salud, la normativa del buen trato al paciente en las instituciones de salud es correcta, debe existir la verificación oportuna del programa y si es necesario capacitar siempre al personal nuevo y antiguo cada cierto tiempo para garantizar atención de la población y lograr las coberturas de salud en toda la comunidad, además de involucrar a la gente explicando en que consiste los servicios y la calidad de los mismos.
- ✓ El personal del centro de salud debe saber reconocer características de enfermedades mentales y psicológicas en su medio para así poder prevenir las complicaciones de las mismas en los diferentes grupos etarios.
- ✓ Se debe hablar más de sexualidad en la consulta, dejar a un lado los tapujos y vergüenzas abordando de manera técnica y con la normativa actual para evitar que siga existiendo el desconocimiento sobre el tema.
- ✓ Se debe continuar con las campañas de prevención de drogas y el tratamiento de personas que ya consumen incrementado un área adecuada en la unidad para este tipo de tratamientos.
- ✓ A las madres de la comunidad se debe indicar la necesidad de mantener relaciones cercanas con sus hijos fomentando la comunicación y la confianza para prevenir cualquier tipo de accidentes o el inicio de consumo de cualquier tipo de drogas.

- ✓ Es necesario que el personal de salud trabaje con las mujeres de la localidad para que se conozcan los derechos y sepan identificar si son víctimas de alguna clase de violencia.
- ✓ Se debe fomentar en la juventud las buenas prácticas sexuales, hablar de sexualidad dentro de las consultas médicas y sobre la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual por el no uso de métodos anticonceptivos y de barrera.
- ✓ El centro de salud y la comunidad en general debe ser más incluyente con los adultos mayores, pues se puede aprender mucho de ellos en cuanto a sus costumbres y pensamiento, además de prevenir enfermedades metabólicas y psicológicas que se presentan en esta etapa del ciclo vital.

BIBLIOGRAFÍA

- Alegre-Agís, Elisa y Riccò, Isabella. Contribuciones literarias, biográficas y autoetnográficas a la antropología médica en España: el caso catalán. *Salud Colectiva* [online]. 2017, v. 13, n. 2, pp. 279-293.
- Alarcón M, Ana M, Vidal H, Aldo, & Neira Rozas, Jaime. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, vol131, pp 1061-1065.
- Bertran Vilá, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México.. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol 2, 387-411.
- Briggs, C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, vol 14 , 101-124
- Brönstrup. 2007. Comunicación, lenguaje y comunicación organizacional Signo y Pensamiento. Vol 51 · pp 26-37.
- Castro, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: Apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*,
- Celedón L, Carlos. (2016). Relación médico paciente. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, vol 76 n1, pp 51-54. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162016000100007>
- Cerbino, M., Chiriboga, C., & Tutiven, C. (2001). CULTURAS JUVENILES. Cuerpo, Musica, Sociabilidad y Genero. *Culturas Juveniles*, segunda edición. Guayaquil- Ecuador. Editorial Abya Yala.
- Comelles, J. M. (1993). La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones En Salud Pública*.
- Comelles, Josep M.et al. Educación sanitaria y antropología médica en Europa: los casos de Italia y España. *Salud Colectiva* [online]. 2017, v. 13, n. 2
- Comelles Esteban, J., Alegre Agís, E., & Barceló Prats, J. (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán / From the poor hospital to the hospital-centric culture. Political economy and cultural change in the Catalan hospital system. *Kamchatka. Revista de análisis cultural.*, pp 57-85.
- Conde Garcia, 2003. Consulta Médica. Vida Médica Vol. 69 N° 2
- CONSTITUCION DEL ECUADOR, 2008
- Chamorro P., Andrea, & Tocornal M., Constanza. (2005). Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios atacameños*, vol 30, pp 117-134.
- Debrouwere.I, 2008. La Comunicación MÉDICO-PACIENTE en la Consulta Médica. Imprenta Monsalve Moreno Primera edición. Quito
- Díaz Bernal, Z, Aguilar Guerra, T, & Linares Martín, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol 41
- Espina, A.(1993). MANUAL DE ANTROPOLOGIA CULTURAL. Quito. Ecuador. Editorial Abya Yala.
- Esteban, M. L. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles Del CEIC*, vol12, pp 1–21.
- Estralgo P. 1968. Antropología Médica para clinicos. Imprenta Salvat. España
- Farzin, A. (2006). Proposal Narrative_2_3_13, 2006–2009. Retrieved from <papers3://publication/uuid/0B677792-2C63-4758-BA8B-CF69A60F159D>
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, vol 40, pp 283-318.

- Freyermuth, G., & Sesia, P. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, vol 20, pp 9-28.
- Gobierno Autonomo y Descentralizado de Puerto Quito. 2011
- García Jordá, Dailys, & Díaz Bernal, Zoe. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol 36 n 4, pp 330-336.
- García de Alba-García, J., & Salcedo-Rocha, A., & Vargas-Guadarrama, L., & García de Alba-Verduzco, J. (2012). La antropología cognitiva aplicada al estudio de las causas de la hipertensión arterial en Guadalajara, Jalisco, México. *Cirugía y Cirujanos*, vol 3, pp: 247-252
- Giddens, A. (2000). Sociología (4ta ed.). Madrid, España: Alianza. Obtenido de <https://es.slideshare.net/heae2002/anthony-giddens-sociologia-7364054>
- Giddens, A. (2010). Salud, Enfermedad y Discapacidad. En Sociología (6ta ed., pp. 416 – 461). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Greifeld, K. (2004). Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, vol18 n35, pp 361-375.
- González Labrada, G., & Izaguirre Remón, R. (2017). 18-La gestión educativa para la salud cultural-espiritual: una reflexión antropológica y pedagógicas
- Guerra Arias, F. (2006). La etnografía reflexiva en el campo de la migración del diario de una emigrante: la partida. *Revista Sociedad y Economía*, n 11, 98-111.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). ¿Qué es la etnografía? *Etnografía. Métodos de Investigación*, 15–37.
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC). 2009
- IBM. Institute for Business Value (2015). La asistencia sanitaria en 2015.
- Kottow. 2006. Antropología Médica. Elsevier. España
- Lemos, Stela Maris Aguiar, Gioda, Fabiane Rosa, Martinhago, Fernanda, Bueno, Rinaldo Conde, & Martínez-Hernández, Angel. (2017). Pesquisadores brasileiros na pós-graduação de Antropologia Médica na Espanha: relato de experiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, pp 199-207
- López García, J., Mariano Juárez, L., & Medina, F. (2017). Usos y significados contemporáneos de la comida desde la antropología de la alimentación en América Latina y España. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol 2, pp:327-370.
- L. Menéndez, E. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, vol VII n 28, pp 11-28.
- Martínez. D, 2008. Los Tejidos de una Etnografía Emocional de la Migración...; CIMEXUS. p: 97-111
- Martínez, H. (2008). Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. *Antropología Médica*, vol 306, pp 2023–2024.
- Martínez-Hernández, Á., Perdiguero Gil, E., & Comelles, J. (2015). Genealogía de la Antropología Médica en España. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol 1, pp: 205-233.
- Martínez, Bárbara. (2016). Factores asociados con el proceso de salud y enfermedad en San Antonio (Catamarca, Argentina): un enfoque antropológico. *Revista Salud Uninorte*, vol 3, pp: 411-418.
- Martinez, A. (2015). Antropología médica: Teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona – España. Anthropos editorial.

- Milderos, R. 2008. La participación social y la diversidad cultural del Ecuador en la atención obstétrica: el desafío de una revolución ciudadana que transforme el sector salud ecuatoriano, Quito.
- Moreno García, D., & Cantú Martínez, P. (2010). Perspectiva antropológica - conceptual sobre la alimentación y obesidad. *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición*.
- Murillo, Juan P.. Entre la aclimatación a la altura, la antropología médica y la utopía civilizatoria. Cartografía de la evolución del pensamiento de Carlos Monge Medrano sobre el proceso salud-enfermedad de poblaciones andinas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017, v. 34, n 1.
- Murillo, F. J. y Martínez-Garrido, C. (2010). *Investigación etnográfica*. Madrid:UAM
- Nichter, M. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, vol 20, pp 109-132.
- Organización Mundial de la Salud. 2010
- Organización panamericana de Salud. 2016
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas (Quito: OPS/MSP/CONASA).
- Osorio-Merchán, May Bibiana, & López Díaz, Alba Lucero. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería*, vol17, 266-270.
- Oviedo, 2009. Diccionario filosófico. Manual de materialismo filosófico. Recuperado por <http://muerte.bioetica.org/clas/muerte2.htm>
- Pérez L., M. (2007). Las Perspectivas y Retos de la Antropología Aplicada en el Siglo XXI. *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, vol 17, pp:1-9.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, vol 14, pp 15–32.
- P. Serrano Morón, M. Delgado Galán, Somos una banda: Los médicos como grupo antropológico, SEMERGEN - Medicina de Familia, 2017, ISSN 1138-3593.
- Querts Méndez, Odalis, Orozco Hechavarría, Oilda, Montoya Rivera, Jorge, Beltrán Moret, Maidilis, & Caballero Herrera, Marcellys Y.. (2013). Consideraciones antropológicas en el proceso de formación profesional del médico general. *MEDISAN*, vo, 17 n 10, pp 7021-7030.
- Raga, F, Farell, F, & etc. (2009). *Culturas y Atención Sanitaria*. Barcelona – España. Ed. Octaedro
- Ramírez Hita, Susana. (2009). The contribution of the ethnographic method to the register of the epidemiological data: Quechua aborigine sociocultural epidemiology of Potosí city. *Salud colectiva*, vol 1, pp 63-85.
- Rivas, A., 2019, Esquema metodológico mínimo para Trabajos de Titulación Etnográficos, Proyecto experiencias y trayectorias en torno de la salud. Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico Paciente, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, PUCE, Quito, 2017-2019.
- Robles, B. A. (2016). La construcción social del VIH. Un estudio antropológico, pp 18–22.
- Rodríguez, G. 2001. Violencia Social. *Summa Bioética*. Vol 3 p: 29. UNAM

- Rodríguez, M. I. B. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, n 42
- Rodríguez, Blázquez y Gallardo. M, Bolaños, E. Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. *Salud Colectiva* [online]. 2017, v. 13, n. 2
- Rodríguez. M.(2008). Relación Médico Paciente. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- Sacchi, M, Hausberger, M, & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva*
- Sanchez. E. (2002). SOCIOLOGÍA Y ENFERMEDAD MENTAL Reflexiones en tomo a un desencuentro. *Revista internacional de sociología*. Vol 60. N 31.
- Suárez, Roberto, Wiesner, Carolina, González, Catalina, Cortés, Claudia, & Shinchi, Alberto. (2004). Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública. *Revista de Estudios Sociales*, pp 42-55.
- Suárez, Roberto, Beltrán, Elsa María, & Sánchez, Tatiana. (2006). El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, vol 3, pp 123-154
- Suárez, Roberto, Niño, Natalia, Sepúlveda, Rodrigo, & Vesga, Juan Fernando. (2008). Contextos socioculturales de riesgo para contraer vih en cartagena. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, vol 6, pp 313-330.
- Villacís, B., & Carrillo, D. (2012). Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuestas. *Inec*, pp 86.
- Williams GI. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Calidad de los Servicios de Salud. 2009. [acceso: 10 de mayo de 2013]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Asentimiento informado para los padres de los menores de edad para realización de entrevista



PUCE PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD LA INTERCULTURALIDAD LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CANTÓN PUERTO QUITO”

El presente asentimiento tiene como propósito informar al representante o padre de familia sobre la presente investigación con una explicación clara de la finalidad y naturaleza del mismo.

La presente investigación es realiza por el Md. Jenny Viviana Bustos Yépez estudiante del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la finalidad es analizar las experiencias y trayectorias en torno a la salud, mediante la analítica de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el presente cantón a los usuarios del centro de salud en el año 2018.

Si usted accede y autoriza a su representada/o a participar en este estudio se le realizara al mismo una serie de preguntas de una entrevista estructurada sobre diferentes temas con una duración aproximada de una hora.

Toda la información recabada será confidencial y será solo con el afán de contribuir a la investigación antes mencionada y no padecerá ningún tipo de riesgo.

Agradezco de antemano su cooperación.

Yo en calidad de representante del menor, acepto que participe en la investigación llevada a cabo por la Md. Jenny Viviana Bustos Yépez, he sido informado acerca del fin del estudio y conozco que toda la información mencionada será estrictamente confidencial y no será utilizada con ningún otro propósito que no sea el estrictamente académico.

Firma del representante

Firma del Participante

Fecha

Nota: Para mayor información puede comunicarse con Md. Viviana Bustos al 0996911744 o correo: sonvi87@yahoo.com



PONTEFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD LA
INTERCULTURALIDAD LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL CANTÓN PUERTO QUITO”**

El presente consentimiento tiene como propósito informar al participante sobre la finalidad del presente estudio.

La presente investigación es realiza por el Md. Jenny Viviana Bustos Yépez estudiante del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la finalidad es analizar las experiencias y trayectorias en torno a la salud, mediante la analítica de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el presente cantón a los usuarios del centro de salud en el año 2018-2019.

Si usted accede a participar en este estudio se le realizará una serie de preguntas de una entrevista estructurada sobre diferentes temas.

Toda la información recabada será confidencial y será solo con el afán de contribuir a la investigación antes mencionada y no padecerá ningún tipo de riesgo.

Agradezco de antemano su cooperación.

Yo _____, acepto participar en la investigación llevada a cabo por el Md. Jenny Viviana Bustos Yépez, he sido informado acerca del fin del estudio y conozco que toda la información mencionada será estrictamente confidencial y no será utilizada con ningún otro propósito que no sea el estrictamente académico.

Firma del representante

Firma del Participante

Fecha

Nota: Para mayor información puede comunicarse con Md. Viviana Bustos al 0996911744 o correo: sonvi87@yahoo.com



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD LA INTERCULTURALIDAD LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CANTÓN PUERTO QUITO”

El presente consentimiento tiene como propósito informar al participante sobre la finalidad del presente estudio.

La presente investigación es realiza por el Md. Jenny Viviana Bustos Yépez estudiante del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la finalidad es analizar las experiencias y trayectorias en torno a la salud, mediante la analítica de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el presente cantón a los usuarios del centro de salud en el año 2018-2019.

Si usted accede a participar en este estudio se le realizará una serie de preguntas de una entrevista estructurada sobre diferentes temas.

Toda la información recabada será confidencial y será solo con el afán de contribuir a la investigación antes mencionada y no padecerá ningún tipo de riesgo.

Agradezco de antemano su cooperación.

Yo _____, acepto participar en la investigación llevada a cabo por el Md. Jenny Viviana Bustos Yépez, he sido informado acerca del fin del estudio y conozco que toda la información mencionada será estrictamente confidencial y no será utilizada con ningún otro propósito que no sea el estrictamente académico.

Firma del Participante

Fecha



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD LA
INTERCULTURALIDAD LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO
PACIENTE EN EL CANTÓN PUERTO QUITO”**

El presente consentimiento tiene como propósito informar al participante sobre la finalidad del presente estudio.

La presente investigación es realiza por el Md. Jenny Viviana Bustos Yépez estudiante del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la finalidad es analizar las experiencias y trayectorias en torno a la salud, mediante la analítica de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el presente cantón a los usuarios del centro de salud en el año 2018-2019.

Si usted accede a participar en este estudio se le realizará una serie de preguntas sobre su **historia de vida** abarcando diferentes temas.

Toda la información recabada será confidencial y será solo con el afán de contribuir a la investigación antes mencionada y no padecerá ningún tipo de riesgo.

Agradezco de antemano su cooperación.

Yo _____, acepto participar en la investigación llevada a cabo por el Md. Jenny Viviana Bustos Yépez, he sido informado acerca del fin del estudio y conozco que toda la información mencionada será estrictamente confidencial y no será utilizada con ningún otro propósito que no sea el estrictamente académico.

Firma del Participante

Fecha

Nota: Para mayor información puede comunicarse con Md. Viviana Bustos al 0996911744 o correo: sonvi87@yahoo.com



PUCE

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD LA
INTERCULTURALIDAD LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO
PACIENTE EN EL CANTÓN PUERTO QUITO”**

El presente consentimiento tiene como propósito informar al participante sobre la finalidad del presente estudio.

La presente investigación es realiza por el Md. Jenny Viviana Bustos Yépez estudiante del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la finalidad es analizar las experiencias y trayectorias en torno a la salud, mediante la analítica de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el presente cantón a los usuarios del centro de salud en el año 2018-2019.

Si usted accede a participar en este estudio se le realizará una serie de preguntas estructurada sobre diferentes temas en su **Grupo Focal** de _____

Toda la información recabada será confidencial y será solo con el afán de contribuir a la investigación antes mencionada y no padecerá ningún tipo de riesgo.

Agradezco de antemano su cooperación.

Yo _____, acepto participar en la investigación llevada a cabo por el Md. Jenny Viviana Bustos Yépez, he sido informado acerca del fin del estudio y conozco que toda la información mencionada será estrictamente confidencial y no será utilizada con ningún otro propósito que no sea el estrictamente académico.

Firma del Participante

Fecha

Nota: Para mayor información puede comunicarse con Md. Viviana Bustos al 0996911744 o correo: sonvi87@yahoo.com

Anexo 6. Cuestionario para entrevista estructurada para mayores de edad menores de edad y grupos focales



CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA ESTRUCTURADA

TEMA:

“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD PUERTO QUITO TIPO C”

EDAD

PROCEDENCIA

SEXO

OCUPACION

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD

1. ¿Cómo le parece a usted la atención que se le brindan aquí en el centro de salud?
2. ¿Conoce usted a los médicos y al personal que labora aquí en el centro de salud?
3. ¿En las consultas médicas que ha tenido, como ha sentido la relación entre el médico y usted?
4. ¿Tiene un médico de confianza?
5. ¿Cómo le gustaría que fuera la relación con su médico?
6. ¿Cuándo acude usted al médico?
7. ¿Qué tipo de alternativas utiliza usted cuando no acude al médico?
8. ¿Qué tan difícil es solicitar una cita médica en el centro de salud?
9. ¿Cómo han sido sus experiencias en el centro de salud y en las consultas médicas?
10. ¿Considera usted que el centro de salud atiende todas las enfermedades?
11. ¿Sabe cuáles son las enfermedades mentales?
12. ¿Ha tenido usted o conoce de algún caso en particular de alguna enfermedad mental?
13. ¿A quien acude usted cuando tiene algún problema serio que le cause ira, enojo, tristeza o nervios?
14. ¿A querido en algún momento matarse o conoce alguien que lo haya intentado, que ha hecho?
15. ¿Qué hace usted cuando alguien le dice que esta triste y que quiere morirse?
16. ¿Qué entiende usted por sexualidad?
17. ¿Usted disfruta de su sexualidad?
18. ¿Qué opina sobre la prostitución?
19. ¿Que conoce sobre los métodos anticonceptivos?
20. ¿Conoce usted sobre planificación familiar?
21. ¿Todos sus embarazos fueron planificados?
22. ¿Dónde ha dado se han dado sus partos?
23. ¿Quién ha llevado los controles de sus embarazos?
24. ¿Quién le ha ayudados después de su parto?
25. ¿Qué hace usted luego de su parto?
26. ¿Qué piensa de las madres solteras?
27. ¿Qué piensa sobre la muerte?
28. ¿Qué siente cuando un ser querido fallece?

29. ¿Qué piensa que pasa luego de la muerte?
30. ¿Cómo han sido sus duelos?
31. ¿Qué piensa sobre las drogas?
32. ¿Cuántos tipos de drogas conoce?
33. ¿Qué piensa sobre las drogas sociales?
34. ¿Ha consumido algún tipo de drogas y por qué?
35. ¿Qué piensa sobre las personas que las consumen?
36. ¿Sabe lo que es la violencia?
37. ¿Conoce cuantos tipos de violencia existen?
38. ¿Ha sido víctima de violencia o maltrato dentro de su hogar?
39. ¿Qué haría o hizo usted al ser violentado/a o maltratado/a?
40. ¿Qué piensa sobre el divorcio o separación de una pareja?



HISTORIA DE VIDA

TEMA:

“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD PUERTO QUITO TIPO C”

EDAD

PROCEDENCIA

SEXO

OCUPACION

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD

- ¿Cómo considera usted que funciona el sistema de salud actualmente en este cantón?
- ¿Desde cuándo recuerda usted que acudía al centro de salud, estaba cerca y sino...?
- Cuando usted se enfermaba a donde la/o llevaban?
- ¿Cómo era el centro de salud cuando usted era niño, cuando cambió, que recuerda que fue lo más importante?
- ¿Cuándo ha tenido una enfermedad importante le ha sido útil el centro de salud?
- ¿Recuerda a todo el personal de salud que le ha brindado atención, que recuerda de ellos?
- ¿Su familia utiliza el centro de salud, para que o cuándo?
- ¿Qué piensa que pasaría si no hubiese el centro de salud?
- ¿Tiene un médico de confianza?
- ¿Cómo le gustaría que fuera la relación con su médico?
- ¿Cuándo acude usted al médico?
- ¿Qué tipo de alternativas utiliza usted cuando no acude al médico?
- ¿Qué tan difícil es solicitar una cita médica en el centro de salud?
- ¿Cómo han sido sus experiencias en el centro de salud y en las consultas médicas?
- ¿Considera usted que el centro de salud atiende todas las enfermedades?
- ¿Sabe cuáles son las enfermedades mentales?
- ¿Ha tenido usted o conoce de algún caso en particular de alguna enfermedad mental?
- ¿A quien acude usted cuando tiene algún problema serio que le cause ira, enojo, tristeza o nervios?
- ¿A querido en algún momento matarse o conoce alguien que lo haya intentado, que ha hecho?
- ¿Qué hace usted cuando alguien le dice que está triste y que quiere morirse?
- ¿Qué entiende usted por sexualidad?
- ¿Usted disfruta de su sexualidad?
- ¿Qué opina sobre la prostitución?
- ¿Qué conoce sobre los métodos anticonceptivos?
- ¿Conoce usted sobre planificación familiar?
- ¿Todos sus embarazos fueron planificados?
- ¿Dónde ha dado se han dado sus partos?

- ¿Qué piensa de las madres solteras?
- ¿Qué piensa sobre la muerte?
- ¿Qué siente cuando un ser querido fallece?
- ¿Qué piensa que pasa luego de la muerte?
- ¿Cómo han sido sus duelos?
- ¿Qué piensa sobre las drogas?
- ¿Cuántos tipos de drogas conoce?
- ¿Qué piensa sobre las drogas sociales?
- ¿Ha consumido algún tipo de drogas y por qué?
- ¿Qué piensa sobre las personas que las consumen?
- ¿Sabe lo que es la violencia?
- ¿Conoce cuantos tipos de violencia existen?
- ¿Ha sido víctima de violencia o maltrato dentro de su hogar?
- ¿Qué haría o hizo usted al ser violentado/a o maltratado/a?
- ¿Qué piensa sobre el divorcio o separación de una pareja?