



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA  
INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO  
PACIENTE. CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES, CANTÓN SANTO  
DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2018 - 2019”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTAS  
EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

**AUTORES:**

DRA. CISNE CLARIBEL MENDOZA ZAMBRANO

DR. GEOVANNY ANDRE ORTEGA MORENO

**DIRECTOR DE TESIS:**

ALEXIS RIVAS TOLEDO, PHD. ANTROPÓLOGO SOCIAL

**QUITO, SEPTIEMBRE 2019**

## **DEDICATORIA**

*Este trabajo se lo queremos dedicar a todas las personas que fueron parte de este arduo proceso desde su inicio, el camino fue sacrificado, pero dicen que las cosas buenas no son fáciles de conseguir y he aquí la prueba de esto.*

*Gracias a nuestro hijo Juliencito, quien más que él es la muestra de nuestros sacrificios y logros, te amamos.*

*La familia se extiende cada vez más y como no agradecer a Dios por la bendición de darle a nuestra familia nuevos integrantes que desde ya los amamos.*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento a todos los pacientes y personal del centro de salud tipo C Los Rosales los cuales nos brindaron sus experiencias y fue posible la realización de este estudio.

A nuestro director de tesis, Dr. Alexis Rivas, por ser parte importante de esta investigación, compartir sus conocimientos entorno a la etnografía, y seguir abriendo un nuevo horizonte en la medicina latino americana demostrándole al país y al mundo como se construye la salud desde un enfoque cultural.

Claribel Mendoza Z.  
Geovanny Ortega M.

Agradezco a Dios por permitirme cumplir este logro en mi vida profesional, a mi esposo y compañero Geovanny, a mi querido hijo Juliancito y a mi madre Daysi por su apoyo incondicional por ser un pilar fundamental en este proceso de mi vida; a mis hermanos gracias.

Claribel Mendoza Z.

Agradecido con Dios por todas sus bendiciones derramadas en mi familia, a mi hijo Juliancito, a mi esposa y compañera de tesis, a mi madre Elizabeth y a mis abuelos Flor y Armando que son como mis padres, a mi suegra Daysi, que con el apoyo de ustedes la carga de este caminar fue soportable y llevadera.

Geovanny Ortega M.

## TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN .....	xvii
ABSTRACT.....	xix
CAPÍTULO I .....	1
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO II.....	3
MARCO TEÓRICO. ....	3
2.1. CURSO DE VIDA.....	3
2.2. EL ENFOQUE DEL CURSO DE VIDA. ....	4
2.3. LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL CICLO VITAL. ....	5
2.4. SALUD. ....	6
2.5. LA INTERCULTURALIDAD. ....	7
2.5.1. SALUD E INTERCULTURALIDAD EN EL ECUADOR.....	8
2.6. ATENCIÓN SANITARIA. ....	11
2.7. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. ....	13
2.7.1. MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:.....	20
2.7.2. MODELO PATERNALISTA: .....	20
2.7.3. MODELO DELIBERATIVO:.....	21
2.7.4. MODELO INTERPRETATIVO: .....	21

2.7.5. MODELO INFORMATIVO: .....	21
2.7.6. CARACTERÍSTICAS PERMANENTES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE A TRAVÉS DEL TIEMPO.....	22
2.8. DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA DE SANTO DOMINGO.....	22
2.8.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO.....	23
2.8.2. POBLACIÓN: DINÁMICA DEMOGRÁFICA.....	24
2.8.3. ¿CÓMO NOS AUTOIDENTIFICAMOS?.....	25
2.8.4. NACIONALIDADES EN EL ECUADOR. ....	25
2.8.5. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS INTERNOS. ....	26
2.8.6. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS INTERNACIONALES.....	26
2.8.7. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA ETNIA TSÁCHILA.....	26
2.8.7.1. ORGANIZACIÓN POLÍTICA DE LA ETNIA TSÁCHILA. ....	28
2.8.7.2. LA POBLACIÓN TSÁCHILA. ....	29
2.8.7.3. ORIGEN DE LOS NOMBRES DE LAS COMUNAS. ....	29
2.8.7.4. MATÚ NÁKEKA - PARTO ANCESTRAL.....	30
2.8.7.5. NÁKEKA – PARTO EN LA ACTUALIDAD.....	31
2.8.7.6. PIAKÁ VELAIKA - MUERTE Y VELORIO. ....	31
2.8.7.7. EL PONÉ ES HOMBRE MÍSTICO Y VENERABLE. ....	33
2.8.8. MEDICINA TRADICIONAL. ....	33
2.8.8.1. AMPLITUD Y USO CRECIENTE.....	34
2.8.8.2. ACCESIBLE Y ASEQUIBLE EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO.....	35

2.8.8.3. UN ENFOQUE ALTERNATIVO A LA SANIDAD EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS.....	35
2.8.8.4. EL PAPEL ACTUAL DE LA OMS.....	35
2.8.9. QUE ES LA MEDICINA TRADICIONAL PARA LA OMS. ....	36
2.8.10. MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA. ....	37
2.8.11. AUTOMEDICACIÓN.....	37
2.8.12. SALUD MENTAL. ....	39
2.8.13. SEXUALIDAD.....	40
2.8.13.1 DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	40
2.8.13.2. SALUD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL ECUADOR. ....	41
2.8.14. PARTO. ....	41
2.8.15. VIOLENCIA.....	43
2.8.15.1. VIOLENCIA DE GÉNERO. ....	43
2.8.15.2. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. ....	44
2.8.15.3. VIOLENCIA FÍSICA. ....	44
2.8.15.4. VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL. ....	44
2.8.15.5. VIOLENCIA SEXUAL. ....	45
2.8.15.6. VIOLENCIA PATRIMONIAL O ECONÓMICA. ....	45
2.8.16. CONSUMO DE SUSTANCIAS. ....	45
2.8.17. MUERTE.....	47
2.8.17.1 SOCIOLOGÍA DEL PROCESO DE LA MUERTE. ....	47

2.8.17.2. TEORÍAS SOBRE LA MUERTE EN LAS SOCIEDADES MODERNAS.....	47
CAPÍTULO III.....	48
3.1. METODOLOGÍA.....	48
3.2. JUSTIFICACIÓN.....	48
3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	50
3.4. OBJETIVOS.....	50
3.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	50
3.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
3.5. HIPÓTESIS.....	51
3.6. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN (CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES - PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS - CANTÓN SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS-PARROQUIA BOMBOLÍ).....	51
3.6.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	51
3.6.2. DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACIÓN. (IDIOMA, MIGRACION, IDENTIDAD, RELIGION Y EXISTENCIA DE AUTORIDADES TRADICIONALES).....	55
3.7. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	57
3.7.1. TIPO DE ESTUDIO.....	58
ETNOGRAFÍA.....	59
3.7.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	59

3.7.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	60
3.7.4. UNIVERSO Y SELECCIÓN DE INFORMANTES.....	60
3.7.5. SELECCIÓN DE INFORMANTES.....	68
3.7.6. INFORMANTES: DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA .....	71
3.7.7 INFORMANTES: ETNOGRAFÍA SOBRE EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. ....	76
3.7.7.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES CUALITATIVAS.....	76
3.7.8. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	80
3.7.9. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN ETNOGRÁFICA. ....	80
3.7.10. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	80
3.7.11. IDENTIFICADORES DE LOS SUJETOS INFORMANTES.....	81
3.7.12. INDICADORES CUALITATIVOS.....	84
3.7.12.1. INDICADORES CUALITATIVOS DEFINIDOS.....	85
3.7.13. WORDSALAD.....	87
3.7.14. MODELO GRÁFICO SISTÉMICO DE SALUD/ENFERMEDAD DE GIDDENS (2004).....	87
3.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO. ....	88
CAPÍTULO IV .....	90
RESULTADOS. ....	90
4.1. CAPÍTULO SALUD. ....	90
4.1.1. <i>YO SIN SALUD NO SOY NADA</i> .....	90



4.1.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA SALUD.....	95
4.1.3. SALUD EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	96
4.2. CAPÍTULO TIPOS DE MEDICINA. ....	97
4.2.1. <i>ME CURABAN EL MAL AIRE Y EL MAL DE OJO CON EL HUEVO Y HIERBAS.</i> .....	97
4.2.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A TIPOS DE MEDICINA. ....	103
4.2.3. TIPOS DE MEDICINA PARA LAS PERSONAS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	104
4.3. CAPÍTULO ATENCIÓN SANITARIA.....	105
4.3.1 <i>ME ATIENDEN BIEN PERO NO NOS DAN TURNOS FÁCILMENTE PARA SER ATENDIDOS.</i> .....	105
4.3.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A ATENCIÓN SANITARIA. ....	111
4.3.3. ATENCIÓN SANITARIA EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	112
4.4. CAPÍTULO AUTOMEDICACIÓN. ....	113
4.4.1. <i>PREFIERO IR A LA FARMACIA Y COMPRAR ALGO PARA LA FIEBRE QUE ESPERAR EN LA EMERGENCIA Y QUE NO ME ATIENDAN.</i> .....	113
4.4.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA AUTOMEDICACIÓN. ....	118

4.4.3. AUTOMEDICACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	119
4.5. CAPÍTULO SALUD MENTAL.....	120
4.5.1. <i>YO LE DIJE QUE LOS ATAQUES ERAN POR NO TENER RELACIONES SEXUALES.</i> .....	120
4.5.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A SALUD MENTAL. ....	125
4.5.3. SALUD MENTAL EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	126
4.6. CAPÍTULO SEXUALIDAD. ....	127
4.6.1. <i>ME DA VERGÜENZA HABLAR DE SEXUALIDAD.</i> ....	127
4.6.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A SEXUALIDAD. ....	134
4.6.3. SEXUALIDAD EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	135
4.7. CAPÍTULO DE ATENCIÓN DEL PARTO. ....	136
4.7.1. <i>MIS PARTOS FUERON EN LA CASA.</i> ....	136
4.7.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA ATENCIÓN DE PARTO. ....	140
4.7.3. ATENCIÓN DEL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	141
4.8. CAPÍTULO DE VIOLENCIA.....	142
4.8.1. <i>CUANDO ÉL TOMABA ME PEGABA.</i> .....	142

4.8.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A VIOLENCIA. ....	147
4.8.3. VIOLENCIA EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	148
4.9. CAPÍTULO USO DE SUSTANCIAS NOCIVAS. ....	149
4.9.1. <i>UNA COPITA SOLO EN REUNIONES</i> . ....	149
4.9.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A USO DE SUSTANCIAS. ....	154
4.9.3. USO DE SUSTANCIAS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	155
4.10. CAPÍTULO INTERCULTURALIDAD. ....	156
4.10.1. <i>TODOS SOMOS IGUALES CON LOS MISMOS DERECHOS</i> . ....	156
4.10.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A INTERCULTURALIDAD. ....	161
4.10.3. INTERCULTURALIDAD EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	162
4.11. CAPÍTULO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. ....	163
4.11.1. <i>LOS DOCTORES SI ME HAN DADO ESA CONFIANZA</i> . ....	163
4.11.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. ....	169
4.11.3. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	170
4.12. CAPÍTULO MUERTE Y RITUAL. ....	171

4.12.1. <i>DIOS TIENE UN PROPÓSITO CON CADA UNO.</i> .....	171
4.12.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA MUERTE Y RITUAL. ....	176
4.12.3. MUERTE Y RITUAL EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES. ....	177
HISTORIAS DE VIDA. ....	178
HISTORIA DE VIDA DE UN RESIDENTE EN SANTO DOMINGO.....	178
HISTORIA DE VIDA DE UN MIGRANTE. ....	182
HISTORIA DE VIDA DE UN TSACHILA.....	186
CAPÍTULO V.....	188
CONCLUSIONES.....	188
RECOMENDACIONES.....	192
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....	193
ANEXOS. ....	200
NÚMERO DE HORARIOS DE ATENCIÓN.....	200
FOTOS DE ENTREVISTAS CON GRUPOS FOCALES.....	201
CONSENTIMIENTOS, ASENTIMIENTOS INFORMADOS, CUESTIONARIOS DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, GRUPOS FOCALES, HISTORIA DE VIDA. ....	201

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Parroquias Urbanas y Rurales de Santo Domingo de los Tsáchilas. ....	23
Tabla 2. Parroquias urbanas de Santo Domingo. ....	53
Tabla 3. Listado del EAIS de establecimientos de salud Los Rosales. ....	53
Tabla 4. Tipologías de las unidades operativas del sistema nacional de salud. ....	62
Tabla 5. Distribución de las actividades intra y extramural por los equipos de salud del centro de salud Los Rosales. ....	62
Tabla 6. Niveles de complejidad, centro de diagnóstico integral. ....	63
Tabla 7. Niveles de complejidad, centro de rehabilitación integral. ....	63
Tabla 8. Niveles de complejidad, laboratorio clínico. ....	63
Tabla 9. Red complementaria. ....	64
Tabla 10. Cartera de servicios. ....	64
Tabla 11. Distancia de las comunidades a la unidad de salud y hospital de referencia. ....	66
Tabla 12. Informantes para entrevista semiestructurada. ....	69
Tabla 13. Primer grupo focal, conformado por pacientes. ....	69
Tabla 14. Segundo grupo focal, conformado por ....	70
Tabla 15. Informantes para historia de vida. ....	70
Tabla 16. Operacionalización de variables cualitativas. ....	77
Tabla 17. Identificadores de los sujetos informantes, entrevistas semiestructuradas. ....	81
Tabla 18. Identificadores de los sujetos informantes, grupo focal 1. ....	82
Tabla 19. Identificadores de los sujetos informantes, grupo focal 2. ....	83
Tabla 20. Identificadores de los sujetos informantes, historia de vida. ....	83
Tabla 21. Indicadores cualitativos definidos. ....	85
Tabla 22. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la salud. ....	95

Tabla 23. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a tipos de medicina. ....	103
Tabla 24. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a atención sanitaria. ....	111
Tabla 25. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la automedicación. ....	118
Tabla 26. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a salud mental. ....	125
Tabla 27. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a sexualidad. ....	134
Tabla 28. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la atención del parto. .	140
Tabla 29. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a violencia. ....	147
Tabla 30. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a uso de sustancias nocivas. .....	154
Tabla 31. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a interculturalidad. ....	161
Tabla 32. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la relación médico- paciente. ....	169
Tabla 33. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la muerte y ritual. ....	176
Tabla 34. Numero de horarios de atención. ....	200

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Autoidentificación según la cultura y costumbres. ....	25
Figura 2. Ubicación del centro de salud tipo C Los Rosales. ....	52
Figura 3. Ubicación de la provincia de Santo Domingo de los Tsachilas. ....	56
Figura 4. Imágenes de Centro de salud tipo C Los Rosales ....	57
Figura 5. Población total por grupos etarios ....	60
Figura 6. Población por auto identificación étnica. ....	61
Figura 7. Variable sexo. Fuente. ....	71
Figura 8. Variable edad. Fuente. ....	72

Figura 9. Variable estado civil.....	72
Figura 10. Variable etnia. ....	73
Figura 11. Variable lugar de nacimiento. ....	74
Figura 12. Variable religión.....	74
Figura 13. Variable ocupación.....	75
Figura 14. Variable nivel de instrucción.....	76
Figura 15. Indicadores cualitativos.....	84
Figura 16. Wordsalad.....	87
Figura 17. Modelo gráfico sistémico de salud/enfermedad.....	88
Figura 18. Salud.....	90
Figura 19. Salud en el centro de salud tipo C Los Rosales.....	96
Figura 20. Tipos de medicina. ....	97
Figura 21. Tipos de medicina para las personas en el centro de salud tipo C los Rosales.....	104
Figura 22. Atención sanitaria.....	105
Figura 23. Atención sanitaria en el centro de salud tipo C los Rosales.....	112
Figura 24. Automedicación.....	113
Figura 25. Automedicación en el centro de salud tipo C los Rosales.....	119
Figura 26. Salud mental .....	120
Figura 27. Salud mental en el centro de salud tipo C los Rosales. ....	126
Figura 28. Sexualidad. ....	127
Figura 29. Sexualidad en el centro de salud tipo C Los Rosales. ....	135
Figura 30. Atención del parto. ....	136
Figura 31. Atención del parto en el centro de salud tipo C los Rosales. ....	141
Figura 32. Violencia. ....	142

Figura 33. Violencia en el centro de salud tipo C los Rosales.....	148
Figura 34. Uso de sustancias nocivas.. .....	149
Figura 35. Uso de sustancias nocivas en el centro de salud tipo C los Rosales. ....	155
Figura 36. Interculturalidad. ....	156
Figura 37. Interculturalidad en el centro de salud tipo C los Rosales. ....	162
Figura 38. Relación médico-paciente. ....	163
Figura 39. Relación médico-paciente en el centro de salud tipo C los Rosales.. ....	170
Figura 40. Muerte y ritual. ....	171
Figura 41. Muerte y ritual en el centro de salud tipo C los Rosales. ....	177
Figura 42. Entrevista con grupos focales.....	201



## RESUMEN

**Introducción:** Para las personas la salud se entiende como lo más importante de su vida, y la cual debe preservarse a través de la valoración preventiva o curativa, es en este punto donde la etnografía juega su papel más significativo a través del médico, el cual presencia de forma directa los ciclos de vida de cada persona, permitiéndole conocer sus experiencias en cada uno de sus contextos individual, familiar o social, fortaleciendo esa relación médico paciente. El médico de familia dentro de las ramas de la medicina se puede convertir en el principal actor dentro de la atención sanitaria por tener competencias integradoras.

**Objetivo:** Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el centro de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas.

**Método:** El presente estudio se desarrolló desde el punto de vista etnográfico, cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas, grupos focales, historias de vida. Se realizaron análisis al procesamiento de información siendo este detallado y esquematizado para tener un mejor panorama de nuestro estudio, todo enmarcado en un razonamiento inductivo, propio de la investigación cualitativa.

Se entrevistó a 57 personas en el centro de salud tipo C Los Rosales, se las selecciono por sexo, edad, profesionales que laboran en el centro de salud, hasta alcanzar un punto de saturación de información, además se les explico sobre el estudio y se les hizo firmar un previo consentimiento informado para los adultos y para los menores de edad un asentimiento informado, para realizar las entrevistas, se elaboraron preguntas abiertas previamente teniendo en cuenta los objetivos de la investigación.

**Resultado:** Para las personas del centro de salud tipo C Los Rosales la construcción de la interculturalidad está basada en los movimientos migratorios que ellos o sus antecesores han realizado influenciados por factores internos o externos, encontrando formación de nuevas culturas.

La construcción del sistema sanitario se correlaciona con la interculturalidad y la relación médico paciente, esta última se ha ido formando en el centro de salud tipo C Los Rosales ambivalentemente, por el sistema de salud actual que exige al profesional de la salud ir a la vanguardia de la tecnología y cumplir con procesos que alejan a este del contacto pleno con el paciente.

**Conclusiones:** La construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente está dada principalmente por acontecimientos de carácter personal con influencia socio cultural en cada una de las personas en sus diferentes ciclos de vida exponiéndolos en comportamientos diversos en una sociedad pluricultural.

**Palabras claves:** Salud, Interculturalidad, Atención sanitaria, Relación médico paciente, Historia de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** For people health is seen as the most important of his life, and which must be maintained through preventive or curative valuation it is at this point that ethnography plays a more significant role through the doctor, who present directly lifecycles of each person, allowing their experiences in each of their individual, family or social contexts, strengthen the doctor-patient relationship. The family doctor within the branches of medicine can become a major player in health care by having integrative skills.

**Objective:** Describe and analyze the construction of multiculturalism, health care and doctor-patient relationship in the center of type C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas health.

**Method:** This study was developed from the point of ethnographic, qualitative through semi-structured interviews, focus groups, life stories. information processing analysis were performed and this detailed and outlined in order to have a better picture of our study, all framed in one, typical of qualitative research inductive reasoning.

We interviewed 57 people in the center of type C health Los Rosales, was the selected by sex, age, professionals working in the health center until reaching a saturation point of information, and I explained to them about the study and made them sign a prior informed for adults and minors informed consent assent to conduct interviews, open questions were developed previously taking into account the objectives of the research.

**Result:** For people health center type C Los Rosales construction of multiculturalism it is based on migratory movements that they or their predecessors have done influenced by internal or external factors, finding formation of new cultures.

The construction of the health system correlates with multiculturalism and the doctor-patient relationship, the latter has been formed in the center of type C health Los Rosales

ambivalently, by the current health system that requires the health professional to go ahead technology and meet processes that keep this from full contact with the patient.

**conclusions:** The construction of multiculturalism, health care and the doctor-patient relationship is given mainly by personal events with socio-cultural influence on each of the people in their different life cycles by exposing them to different behaviors in a multicultural society.

**Keywords:** Health, Interculturality, healthcare, doctor-patient relationship, life history.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008, Pág.17).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008, Pág.17).

Para la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS, 1998), el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa (Piñón, S. 2004, Pág. 117).

Como la mayoría de las sociedades amerindias, el mundo natural, humano y sobrehumano constituye un solo complejo para la tradición tsáchila. Aunque muchos tsáchilas se declaran católicos y algunos evangélicos, estas confesiones han sido incorporadas de manera diversa a su cosmología y mientras que muchos jóvenes niegan las creencias de sus mayores, éstas permanecen implícitas en algunos aspectos prácticos de la vida cotidiana, especialmente en el uso de la medicina tradicional, basada en la acción de

fuerzas del mundo sobrenatural. En este sentido hay que señalar que ya no se puede hablar de un sistema unitario de comprensión del más allá, puesto que la experiencia vital de cada individuo ha pautado una concepción del mundo particular, en la que invariablemente la presencia de un creador todopoderoso juega un rol importante (Ventura, Medina, Alvarez, Ruiz, & Etrenreich, 1997, Pág.19).

El motivo por el que se decidió realizar este estudio es porque en el Ecuador no existe investigaciones de tipo cualitativo con enfoque etnográfico entorno a la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente que permitan al personal de salud entender las características culturales de la población y lo que conlleva a desarrollar diferentes conductas dentro del ámbito de la salud. Esta investigación se realizó en el centro de salud tipo C Los Rosales, ubicado en Santo Domingo, capital de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, en donde existe una diversidad de población lo que enriquece este estudio; ante esto nos planteamos nuestro principal objetivo: Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el centro de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas.

La investigación se abordó de la siguiente manera:

1. Capítulo 1: Introducción.
2. Capítulo 2: Marco teórico.
3. Capítulo 3: Metodología.
4. Capítulo 4: Resultados.
5. Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones.
6. Referencias bibliográficas.
7. Anexos.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO.

#### 2.1. CURSO DE VIDA.

A primera vista, las diferentes transiciones por las que atraviesa un individuo a lo largo de su vida parecen estar prefijadas biológicamente. Esta visión del ciclo vital humano que nos ofrece el mundo común está ampliamente aceptada por la sociedad e indica firmemente que existen una de las fases universales y uniformes que atraviesa todo el mundo. Por ejemplo, todo aquel que ha alcanzado la vejez ha sido previamente bebé, niño, joven y adulto, y todo el mundo termina en morir. Sin embargo, ni histórica ni sociológicamente esto es correcto. Dichas etapas biológicamente naturales forman parte del curso de la vida, que es tanto social como biológicamente. Este concepto refleja el reconocimiento por parte de sociólogos de que existe una considerable variedad en las diferentes sociedades actuales y las que han existido a lo largo del tiempo. Esto significa que el curso de la vida de un individuo no es una experiencia universal, sino que está sujeto a proceso de construcción social (Giddens & W. Sutton, 2014, Pág. 401).

Las etapas del curso de la vida están influidas por las diferencias culturales y por las circunstancias materiales de la vida de las personas en los diferentes tipos de sociedad. Por ejemplo, en la sociedad contemporánea occidental suele relacionarse la muerte con las personas mayores, porque la mayor parte de la gente llega a una edad avanzada. Sin embargo, para las sociedades tradicionales del pasado eran más las personas que morían a una edad temprana de las que sobrevivían hasta hacerse mayores, por lo que la muerte era portadora de un significado y una serie de expectativas diferentes (Giddens & W. Sutton, 2014, Pág. 401).

Otros factores sociales, como la clase, el género o la etnia, influyen también en el modo en que se experimenta el curso de la vida y la manera en que se entrecruzan esas grandes

divisiones sociales lo que se conoce como interseccionalidad produce modelos de experiencia bastante complejos (Giddens & W. Sutton, 2014, Pág. 401).

## **2.2. EL ENFOQUE DEL CURSO DE VIDA.**

El curso de vida sigue al individuo y sus movimientos inmersos en configuraciones familiares y analiza la sincronización (que no quiere decir solo armonización) de transiciones individuales y familiares en diferentes ámbitos (entre otros, eventos demográficos, entradas y salidas del mercado de trabajo y del sistema educativo, migración, etc.) (M. Blanco, 2011, pág. 11).

El enfoque del curso de vida se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas, y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud (Dr. José F. Parodi G, 2015, Pág.13).

Existen varios modelos conceptuales sobre el enfoque de curso de vida (International Longevity Center, World Health Organization, 2000):

1. Modelo del periodo crítico.
2. Modelo del periodo crítico con modificadores posteriores de los efectos.
3. Acumulación de riesgos por agresiones independientes y no correlacionadas.
4. Acumulación de riesgos por agresiones correlacionadas (agrupación, concatenación o vías de riesgos) (Dr. José F. Parodi G, 2015, Pág.13-14).

El modelo del periodo crítico es aplicable cuando un evento ocurrido durante un periodo específico del desarrollo tiene efectos duraderos o permanentes en la estructura o la función de órganos, tejidos y sistemas corporales. El modelo 2 se basa que hay indicios que factores aparecidos en fases posteriores de la vida pueden modificar esos riesgos tempranos. Por ejemplo, los estudios han mostrado que la correlación de la cardiopatía



coronaria, la hipertensión arterial y la resistencia a la insulina con el bajo peso al nacer es particularmente fuerte para los obesos (Frankel, Elwood, Sweetnam, Yarnell, & Davey Smith, 1996) (Lithell, McKeigue, Berglund, Mohsen, Lithell, & Leon, 1996) (Leon, y otro, 1996) (Dr. José F. Parodi G, 2015, Pág.13-14).

El modelo 3 se basa en la acumulación gradual de los modelos de riesgo y la manera en que los factores de riesgo en cada fase de la vida se combinan aumentando el riesgo de morbilidad. En este modelo el impacto de los factores es como suma gradual de agresiones separadas e independientes (Dr. José F. Parodi G, 2015, Pág.13-14).

Sin embargo, los factores de riesgo tienden a agruparse de manera socialmente condicionadas. Por ejemplo, quienes han vivido en la niñez en circunstancias sociales adversas tienen mayor probabilidad de haber nacido con insuficiencia ponderal y haber estado expuestos a un régimen alimentario deficiente, infecciones infantiles y tabaquismo pasivo. Estas exposiciones pueden aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias en el adulto, quizás por cadenas de riesgos o vías conforme a las cuales, con el transcurso del tiempo, una experiencia adversa (o protectora) tenderá a dar lugar a otra experiencia adversa (o protectora) de una manera acumulativa (modelo 4) (Dr. José F. Parodi G, 2015, Pág.13-14).

### **2.3. LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL CICLO VITAL.**

Un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital pone de relieve la perspectiva temporal y social, permite examinar retrospectivamente las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones para encontrar las claves de las características de su estado de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias tanto pasadas como presentes están determinadas por el entorno social, económico y cultural. En epidemiología, la perspectiva del ciclo vital se está utilizando para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la

edad adulta joven y la edad madura que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. El objetivo es identificar los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales fundamentales que intervienen a lo largo de la vida (Kuh y Ben-Shlomo, 1997) (Organización Mundial de la Salud, 2000, Pág. 4).

#### **2.4. SALUD.**

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008, Pág.17).

A simple vista, la definición de la salud pudo haber surgido de manera espontánea, pues emerge de la capacidad del ser humano para discernir y expresar; valiéndose de su lenguaje, puede partir de la diferencia entre un estado de bienestar y otro de malestar. En la actualidad, el concepto de salud difiere de la idea que se ha tenido sobre ella desde épocas ancestrales. Originalmente se relacionaba el concepto de salud con el de enfermedad, no obstante, ha evolucionado hasta un concepto más en consonancia con el pensamiento actual, relacionado con la calidad de vida y el estado de bienestar del individuo (Guerrero & León, 2008, Pág. 612).

Como concepto universal, se tiene tal vez el concepto más acabado en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su carta fundacional de 1948: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” En el mismo documento se estableció que la salud es un derecho inalienable de todo individuo, independientemente de su raza, religión, ideología y condición sociocultural (Guerrero & León, 2008, Pág. 612).

En virtud de lo señalado es necesario recalcar, que históricamente el concepto salud va de la mano con la definición de enfermedad haciéndose en muchos casos, muy difícil establecer límites entre ambos, frontera con frecuencia ambigua y sutil, como pueden ser las percepciones y creencias de los seres humanos (Guerrero & León, 2008, Pág. 613).

## **2.5. LA INTERCULTURALIDAD.**

La interculturalidad debe entenderse desde los parámetros de la globalización. Esta última ha hecho que se acorten las distancias: el auge de la tecnología ha provocado que la gente pueda entrar en contacto en cuestión de minutos. La desterritorialización del espacio ha facilitado que los distintos mundos de vida se entrecrucen e interpeleen y que se dé una acelerada transformación de las culturas: el Mundo es ahora un universo abierto. Lo intercultural aparece en innumerables campos de estudio como alternativa a la multiculturalidad y busca la relación con lo diferente ya no desde la inequidad sino desde la igualdad en un mundo poli céntrico. La interculturalidad lleva a que universalismo y diferencia no sean dos conceptos antagónicos sino, complementarios. Incorpora la conflictividad, no como un elemento fundamental y bipolar de la sociedad de clases, sino como un proceso dinámico de acuerdos y desacuerdos, de encuentros y desencuentros en diversos niveles, una conflictividad inherente al reconocimiento de la diversidad cultural (Álvarez, 2012, Pág. 37).

Lo intercultural busca que, a partir de las distintas formas discursivas, se pueda propiciar el diálogo entre culturas distintas que se caracterice por una “escucha mutua” y en el que el auto reconocimiento y el heterorreconocimiento estén presentes. Se trata de eliminar toda racionalidad auto-centrada que no esté dispuesta a reconocer otras formas de racionalidad y otros registros discursivos (Álvarez, 2012, Pág. 37).

La interculturalidad puede ser pensada como una categoría profundamente ética inherente a la época de la globalización, época en la que los individuos no deben solamente

interpretar su identidad permanentemente sino, también argumentar y reconstruir valores y normas pluri universales que les permitan (nos permitan) convivir iguales y diferentes al mismo tiempo. Se trata de un “diálogo dialogal”, es decir, aquel en el que las reglas no se presuponen unilateralmente, sino que se establecen en el diálogo mismo. No obstante, lo intercultural puede ser también pensado como utopía porque en las sociedades latinoamericanas pese a su diversidad, no se ha podido practicarla y una muestra de ello es la desigualdad, exclusión, pobreza y una falta permanente de relaciones asimétricas que las caracteriza. En estas sociedades el diálogo ha sido prácticamente insostenible: ha sido un “diálogo de sordos” en el que cada interlocutor habla desde sí mismo o dónde las normas se construyen en torno a los valores culturales de los poderosos y que ha impedido que pueda construirse un “ethos cultural común”. En un verdadero diálogo intercultural, el que pertenece a la cultura que considera es la mejor, la trasciende desde dentro, la relativiza y deja de tratarla como parámetro y, por tanto, deja de absolutizarla. Es entonces cuando el otro le interpela y aquel se abre hacia este y lo escucha y lo reconoce. Un diálogo intercultural permite comprender los propios procesos discursivos y esto sólo puede ser posible con el reconocimiento de los otros. Es universal, contextual y abierto y trata de desaprender para aprender de los demás. No existe un solo discurso sino un sinnúmero de discursos pluriformes y dinámicos y por ello, es necesario encontrar el nexo adecuado de comunicación para que sea posible un continuo aprender de las opiniones y de las experiencias del otro (Álvarez, 2012, Pág. 37-38).

### **2.5.1. SALUD E INTERCULTURALIDAD EN EL ECUADOR.**

El Consejo Nacional de Salud en coordinación con el Ministerio de Salud Pública lanzó un documento titulado: “Propuesta de políticas públicas de Salud para la diversidad plurinacional e intercultural del Ecuador”, en el que define la interculturalidad como: *“la interrelación de los diversos viéndose iguales, con los mismos derechos frente a las*

*distintas posibilidades de atención”* Es fundamental entender que el concepto de interculturalidad en ningún momento debe ser pensado como sinónimo de indígena o de medicina ancestral. Este ha sido un error muy frecuente, incluso dentro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La interculturalidad solía confundirse incluso con los pueblos indígenas de la sierra, dejando de lado a los pueblos indígenas del oriente y de la costa. Asimismo, al hablar de interculturalidad en el Ecuador, debe hablarse también de los pueblos afro ecuatorianos y montubios, quienes tienen, cada uno, sus cosmovisiones y características particulares (Álvarez, 2012, Pág. 50).

En Ecuador, es imperante que la interculturalidad se la conciba como una nueva forma de pensamiento que tiene que llevarse a la práctica debido a que es un territorio pluricultural y que siempre ha estado caracterizado por ser una sociedad altamente inequitativa. Para que pueda aplicársela en el sector salud (y en todos los demás sectores) como un eje transversal y de desarrollo, primero hay que trabajar en la eliminación de tres tipos de opresión: la discriminación étnica y cultural, la inequidad económica y la exclusión política. El Estado ecuatoriano sólo podrá ser intercultural cuando se convierta en promotor del respeto de los derechos en la diversidad para que ya no existan las denominadas “culturas subalternas”, basándose en tres principios que no pueden separarse uno del otro: tolerancia, diálogo e integración. El Estado deberá trabajar con otros sectores sociales para generar una democracia inclusiva y de participación plena (Álvarez, 2012, Pág. 50).

En su mayoría, los hospitales públicos en el Ecuador han estado caracterizados por regirse a una normativa y a diversas jerarquías que sólo han respondido al pensamiento biomédico, aun cuando ellos reciban pacientes de los más diversos sectores y orígenes y aun cuando, en el artículo 363, inciso 4 de la Constitución de 2008 diga:

*“Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos” y en el inciso 6: “Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto” (Álvarez, 2012, Pág. 51).*

En cuanto las políticas de salud pública en relación a la interculturalidad, éstas han dado hincapié a la salud en relación a la etnia, descuidando, casi por completo, otros factores en relación por ejemplo a la edad o a las preferencias sexuales (Álvarez, 2012, Pág. 51).

Para que puedan asociarse interculturalidad y salud, es indispensable que se eliminen todo rezago colonial, que se construya un verdadero estado plurinacional, en el que se respeten y acepten las diferencias y, por tanto, en el que se valore la diversidad. El estado no puede pretender unificar a los pueblos y nacionalidades a la cosmovisión occidental, sino que tiene que proteger sus legados culturales: él tiene que ser el mayor propulsor para que se reconozca el sentido de las culturas indígena, montubia y afro. Sólo así podrá pensar en ejecutar políticas públicas interculturales. En la actualidad y con la vigencia de la Constitución de 2008, las políticas públicas tienen que dejar de ser un asunto de expertos ya que ésta propicia la construcción de políticas públicas participativas, es decir, brinda la oportunidad a que gente de los pueblos y nacionalidades sean partícipes activos de su gestión e implementación (Álvarez, 2012, Pág. 51).

Cuando se habla de salud intercultural se está obligado a repensar y a cuestionar la realidad médica imperante. La interculturalidad se entiende como cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por esto, no puede limitársela únicamente a la etnia o a la raza, tiene que ver con relaciones de alteridad u otredad (distinta cultura, filiación política, género) y es un proceso en el que todos sus integrantes se van enriqueciendo y transformando mutuamente, pero sin dejar de ser lo que son, es decir,

viviendo la complementariedad cuando se habla de salud intercultural, se piensa en la desaparición de toda inequidad en el ámbito de la salud (Álvarez, 2012, Pág. 52).

La salud ha estado directamente relacionada con el capitalismo. Esta, en lugar de considerársela como derecho y hacerla valer como tal, se ha convertido en una mercancía más, que puede ser adquirida solamente con capital. Por tanto, esta se ha caracterizado por ser altamente excluyente y se ha desarrollado fuera de los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia. La salud ha caído dentro de la filosofía occidental, en la que siempre han preponderado las dicotomías (centro/periferia; dominado/dominante). En este caso: médicos-pacientes (Álvarez, 2012, Pág. 52).

La concepción biomédica (occidental) ha sido siempre perversa. Ha planteado una clara diferencia entre el médico, al que siempre se le ha visto como el ser racional, portador del conocimiento y de la verdad, y el paciente, considerado como un ser pasivo y a veces negado, por tratarlo como alguien que “no sabe”, “no entiende” y ha estado subsumido dentro de los roles del paternalismo colonial. Los médicos no han sabido aplicar la interculturalidad: básicamente por desconocer su sentido conceptual.: la interculturalidad no puede ser pensada simplemente como una política, sino como una nueva forma de pensamiento. La interculturalidad debe ser un eje transversal de desarrollo (Álvarez, 2012, Pág. 52).

## **2.6. ATENCIÓN SANITARIA.**

Según la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo "intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones" (Raga Francisco et al, 2009, Pág. 9).

En los últimos tiempos se viene observando en el mundo de la salud un creciente interés por el tema de la comunicación y su incidencia en el desarrollo de la atención sanitaria.

Esta preocupación se hace especialmente evidente en el caso de la atención a la población extranjera, que en ocasiones se ve obligada a acceder al sistema de salud con escaso conocimiento de las lenguas y culturas autóctonas (Raga Francisco et al, 2009, Pág. 9).

En septiembre de 1978, en el marco de la conferencia mundial convocada por la OMS y UNICEF en la ciudad soviética de Alma Ata, se diseñó la estrategia denominada atención primaria de salud, que se orientó a alcanzar la garantía efectiva de salud para todos en veinte y cinco años (OMS, 2007, Pág. 19).

Con anterioridad a esta conferencia mundial y a su influyente declaración, varias experiencias tanto de médicos trabajando en condiciones precarias como del personal de comunidades locales entrenado en la atención y detección temprana de problemas sanitarios, habían sido conocidas y apoyadas por la OMS en China, India, África y América Latina. En efecto, el entonces director de la OMS, Halfdan Mahler, proponía la implementación de este tipo de estrategias a escala mundial como una responsabilidad de países ricos y pobres y como una respuesta a la inequidad y desigualdad del mundo. Con este antecedente, la atención primaria fue definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (OMS, 2007, Pág. 19).

El sistema de salud en la provincia Tsáchila, está segmentado por los sectores público y privado. En nuestro territorio se tiene la presencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA y otros establecimientos de salud privados. En los últimos años se ha ampliado la oferta de servicios en medicina tradicional y medicina alternativa. La



medicina ancestral de la nacionalidad tsáchila, es muy reconocida a nivel nacional (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.91).

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Coordinación Zonal 4 de Salud, incluye a las provincias de Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas. Como estrategia territorial, la provincia se ha dividido en tres distritos, los cuales están conformados por los siguientes territorios:

- Distrito 1: Alluriquín, Luz de América, El Esfuerzo, Toachi, Periferia 1, Rio Verde, Santo Domingo, Zaracay, Rio Toachi, Chigüilpe.
- Distrito 2: San Jacinto del Búa, Valle Hermoso, Puerto Limón, Periferia 2, Abraham Calazacon, Bombolí.
- Distrito 3: La Concordia.

La Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas no cuenta con un establecimiento de salud de tercer nivel que sea considerado como referencia a nivel nacional, pero si cuenta con establecimientos de salud de segundo y primer nivel. En los últimos años, la provincia ha sido beneficiada con una mejora muy considerable en infraestructura, equipamiento e incorporación de talento humano especializado, tanto público como privado (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.91).

La provincia cuenta con cuatro hospitales generales, siendo estos: IESS, Fundación Salud y Desarrollo Andino (SALUDESA), Hospital Gustavo Domínguez y el Hospital General Santo Domingo (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.91-92).

## **2.7. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.**

La historia de la relación médico-paciente es más antigua que la medicina misma. Cuando esta última se encontraba aún en sus albores, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y el médico responsabilizado por un imperativo social: el restablecimiento de la

salud del que se enfermaba. Es posible descubrir referencias sobre la relación médico-paciente en casi todas las civilizaciones antiguas con las concepciones místicas dominantes, que veían al médico como un representante de los dioses. Consideraban que dicha relación había sido engendrada en el cielo y que era tan antigua como los dioses mismos (Izurieta, 2015, Pág. 9).

La relación entre el médico y el paciente era ya entonces un formidable agente terapéutico utilizado con todo el empirismo y la ausencia de conocimientos científicos que es posible imaginar en los hombres de tan remota época. Sin embargo, esta relación ha ido cambiando a lo largo de la historia, conforme han sido sus transformaciones políticas, sociales y culturales, dando forma a lo que hoy podemos conocer (Izurieta, 2015, Pág. 9). El hombre ha padecido enfermedades, a lo largo de la historia, y el médico es quien se ha preocupado de conocerlas cada vez mejor. Las diferentes sociedades y culturas han propuesto interpretaciones diversas de la salud y la enfermedad, así como sobre las funciones del médico y del enfermo. Estas significaciones han influido, de manera notable, sobre la relación médico-paciente, que se ha ido modificando a lo largo del tiempo (Izurieta, 2015, Pág. 9).

En civilizaciones antiguas la asistencia al enfermo era realizada por magos y brujos. La enfermedad era considerada como una maldición, un pecado, un castigo de los dioses; y la salud por el contrario como un don de los dioses. La enfermedad y la salud eran tratadas sobrenaturalmente. El tratamiento al enfermo era el rito mágico, el exorcismo, el abandono, la muerte, la plegaria, el sacrificio u ofrenda a los dioses. El médico, en aquel entonces, tenía un carácter sacerdotal (Izurieta, 2015, Pág. 9-10).

En todas las civilizaciones, los métodos subjetivos han sido de mucha ayuda en la mejoría del ánimo del paciente. Ya lo menciona Rodríguez-Arce en su libro *relación médico-paciente* (2008), desde épocas tan remotas en el antiguo Egipto se le concedía gran

importancia al relato del enfermo, que exponía no solo los síntomas subjetivos, sino también las causas a las que atribuía su enfermedad, en esta medicina la enfermedad se pensaba con una existencia autónoma, algo que ataca desde el exterior y es independiente del organismo que lo soporta (Izurieta, 2015, Pág. 10).

Sin embargo, la medicina científica occidental tiene su origen en Grecia, al ofrecer una explicación racional de la enfermedad y descartar los factores mágico-religiosos. Sin olvidar a grandes filósofos como Hipócrates, quien planteó que en este arte existen tres elementos fundamentales: el enfermo, la enfermedad y el médico, insistiendo en la fuerza potencial de la relación médico-paciente en el proceso de curación, considerando que el paciente es ante todo un hombre que hay que respetar y comprender y finalmente postulando que no se podía intentar la curación del cuerpo sin pretender la curación del alma (Izurieta, 2015, Pág. 10).

En la cultura griega se estableció una fuerte relación entre la acción de la palabra y la cura de la enfermedad. Aristóteles, mencionó que es necesaria la acción de la palabra del médico como un verdadero medicamento y que la misma ejerce acciones psicológicas sobre el paciente que padece la enfermedad. Hipócrates por otro lado, mencionó que el médico no debe instaurar tratamiento alguno hasta que se establezca una relación terapéutica satisfactoria (Izurieta, 2015, Pág. 10).

De igual forma, Platón postula en Lisis (217 a.c.) “el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad”, puesto que más allá del interés económico-profesional; el médico es movido por su voluntad de ayuda técnica al enfermo, y quien acude por su voluntad de curación. Pues bien pese a la diferencia entre uno y otro motivo, se bautizó a los dos protagonistas de esta relación de forma genérica como *philia*, amistad. Para los antiguos griegos, ésta, la *philia*, constituyó el fundamento de la relación médico-paciente (Izurieta, 2015, Pág. 11).

Es Hipócrates quien postuló que “*la perfección de la naturaleza de cada cosa conspira a la perfección de la común naturaleza de todas las cosas*”. A la voluntad de participar en esa conspiración es justamente a lo que los griegos dieron el nombre de *philia*, amistad. Por lo tanto, la amistad del médico hipocrático con el enfermo, fue en definitiva un amor a la perfección de la naturaleza humana, individualizada y expresada en el cuerpo del paciente, un amor que venera hacia lo bello de la naturaleza (la salud, la armonía) o conduce a la belleza (la natural fuerza sanadora del organismo) y se resigna ante las oscuras y terribles fuerzas con que la naturaleza impone la condición mortal o incurable de la enfermedad (Izurieta, 2015, Pág. 11).

El enfermo por su parte es amigo del médico, depositando su confianza en el médico y por tanto en el tratamiento del mismo, así como su posterior agradecimiento por tratar su enfermedad. Por lo tanto, el recurso supremo para suscitar la confianza del paciente en el médico y para individualizar el tratamiento fue la persuasión verbal. Platón postuló que el buen médico no prescribe nada al enfermo, por el contrario, le convence de la eficacia de su tratamiento y es hasta que el paciente se encuentre convencido, cuando se lleva a cabo el hecho de establecer un tratamiento que le restablezca la salud. Sin embargo, además de ilustrar al paciente sobre la enfermedad, sus posibles tratamientos y de persuadirlo, el médico griego optaba por una postura pedagógica siguiendo paso a paso como un maestro a su alumno, siguiendo día a día el curso vital del enfermo (Izurieta, 2015, Pág. 11).

Es importante destacar que el trato del médico griego con los enfermos, no fue equitativo. En la relación con los mismos, si éstos eran esclavos, por lo común no fueron atendidos por médicos sino por empíricos cuya comunicación verbal con el enfermo era mínima o inexistente. Por el contrario, si se trataba de enfermos ricos y libres, el médico hipocrático tradicional ilustraba al enfermo mediante discursos, con lo cual individualizaba el

tratamiento y finalmente persuadía al paciente de optar por el mismo, corriente que finalmente en la Edad Media se ajustó a diversos cambios inducidos por la religión (Izurieta, 2015, Pág. 12).

En la Edad Media, con el advenimiento del cristianismo, el desarrollo científico y técnico quedó subyugado al criterio moral y religioso. Desde el punto de vista cristiano, la perfección de la naturaleza física no es suficiente para la perfección de la persona (Izurieta, 2015, Pág. 12).

Con el cristianismo se produjo un cambio radical en la idea y en la práctica de la relación entre hombre-hombre y por tanto en la idea de la práctica de la amistad. Empezaron a surgir nuevos conceptos como el de la proxiimidad, término que consiste en procurar el bien del hombre por el hecho de que él es hombre; por tanto sin necesidad de conocerle y tratarle como persona individual; se promulgó de igual forma el hecho de que el bien de la naturaleza (la salud somática y mental, la belleza del cuerpo, el bienestar), es condición eficaz para la perfección espiritual, pero no una condición necesaria, puesto que cabe una alta perfección espiritual con una detestable salud física y el hecho que para la benevolencia no puede haber límites naturales, siempre será posible hacer el bien al prójimo. Estos nuevos motivos de la relación entre humanos, terminó por influenciar la relación médico-paciente, en ese ejercicio de la amistad médica impartida por los griegos (Izurieta, 2015, Pág. 12).

El médico cristiano, contrario al griego, estableció el tratamiento equitativo entre los pacientes, su acción misericordiosa debía tener como fin el tratamiento de los pacientes sin importar sus condiciones sociales. Se estableció de esta forma la ayuda gratuita, solo por caridad al enfermo y se incorporaron de igual forma prácticas religiosas en el cuidado del paciente como la oración, la unción sacramental e incluso el exorcismo (Izurieta, 2015, Pág. 13).

El médico medieval, le dio importancia a la comunicación verbal con el enfermo con el objetivo de darle consuelo, de aliviarle. Se concibió por tanto que la enfermedad es un castigo de Dios (Izurieta, 2015, Pág. 13).

Posteriormente vino el Renacimiento y el afán de conocimiento y de creación de la belleza, lo que condujo al desarrollo del humanismo en todos los ámbitos de la ciencia y el arte, activando nuevamente el saber humano en todos los ámbitos, influyendo sobre la investigación, originando así textos y atlas de Anatomía, efectuándose autopsias y disecciones (Izurieta, 2015, Pág. 13).

La medicina se fue constituyendo en una actividad más científica, en la medida en que la investigación fue descubriendo y explicando los fenómenos fisiológicos y fisiopatológicos. El desarrollo de la ciencia entre los siglos XVII y XIX fue inmenso y el cambio de orientación de la relación médico-paciente se fue dirigiendo cada vez más hacia una asistencia hospitalaria bien organizada, estableciéndose conceptos como el de “médico de cabecera” que será sustituido en el siglo actual por el médico especialista. Sin embargo, en la medicina hospitalaria del siglo XIX el enfermo fue básicamente un objeto cognoscible y una persona desconocida. Describe Pedro Laín Entralgo en su publicación titulada “El médico y el enfermo”: *“Además de ser hospitalariamente atendido y tratado, el enfermo de hospital se veía- obligado a prestar su cuerpo viviente para la enseñanza clínica, y su cadáver para la enseñanza anatómica. En cuanto enfermaba, el cuerpo del pobre venía a ser res pública, frente a la inviolable condición privada del cuerpo del rico. Por razones clínicas y por razones sociales, habían de entrar en crisis la asistencia médica y la relación entre el médico y el enfermo.”* (Izurieta, 2015, Pág. 14).

En el siglo XIX, médicos generales, especialistas, y cirujanos se integraron a la clase burguesa y asumieron los valores tradicionales de la profesión, su rol sacerdotal. Se lo consideraba un árbitro de la vida del hombre, regido por sus propios códigos de ética

profesional, cobrando por su trabajo honorarios que él fijaba libremente. Para finales de este siglo y comienzos del siglo XX mediante la lucha de los movimientos revolucionarios se logró la introducción del *sujeto* en el pensamiento y en el quehacer médico. El enfermo dejó de ser mero objeto y pasó a ser visto y tratado como sujeto. Este cambio intentó recuperar el poder de la palabra como factor terapéutico, lo que hizo resaltar la relación entre médico y paciente (Izurieta, 2015, Pág. 14).

En el siglo XX, Sigmund Freud es quien contribuyó a establecer una definición clara de la relación médico-paciente; describiendo esa particular relación afectiva que en curso de la cura analítica suele establecerse entre el médico y el paciente y la concibió como una transferencia a la vez necesaria y perturbadora, llamando resistencia a la falta de comunicación entre ellos. Consideró que en el acto de ejercer la medicina la relación médico-paciente es fundamental valiéndose de una adecuada historia clínica que finalmente permitirá al paciente expresar sus dolencias y relacionarlas con su vida cotidiana. Por otro lado, consideró igual de importante la actitud del médico en cuanto a saber escuchar e interpretar el material suministrado por el paciente, puesto que la palabra cura por sí mismo, creando un estado anímico favorable en el paciente (Izurieta, 2015, Pág. 14).

El actual siglo con su desarrollo socioeconómico, cultural, político y científico-tecnológico ha traído cambios importantes en el ejercicio de la profesión médica que finalmente influyen en la relación médico-paciente. El desarrollo de la tecnología y la ampliación de los conocimientos, hace que actualmente sean diversos especialistas quienes se encargan de un paciente, influyendo en la relación médico-paciente que el día de hoy podemos percibir. Es necesario recalcar que los hechos históricos, que han sucedido a lo largo de los años han sido la base para lo que hoy nosotros podemos conocer. Todas estas etapas tan distintas unas de otras tienen un común denominador: el encuentro

de una totalidad, la del médico, con otra totalidad, la del paciente con un solo objetivo; la salud del paciente (Izurieta, 2015, Pág. 15).

### **2.7.1. MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

Durante las últimas décadas, el sistema de salud ha atravesado diversas polémicas sobre el papel del paciente en la toma de decisiones médicas, la cual ha estado marcada por el conflicto entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y los valores del médico. Con el fin de reducir el poder al médico en la toma de decisiones se establecieron los modelos de relación médico-paciente. Actualmente existen 4 modelos de relación médico-paciente que han sido identificados y han tomado importancia en la actualidad (Izurieta, 2015, Pág. 38-39).

### **2.7.2. MODELO PATERNALISTA:**

Se caracteriza por una comunicación unidireccional, en el cual tanto los conocimientos y la experiencia del médico son suficientes para garantizar la seguridad del paciente, quien asume un rol pasivo limitándose a escuchar y cumplir las indicaciones y recomendaciones que proporciona el médico, sin cuestionarlas. Este modelo presupone la existencia de un criterio objetivo para determinar qué es lo mejor para el paciente, sin necesidad de su participación en la toma de decisiones. Sin embargo, el médico también debe cumplir obligaciones, entre las que se incluye poner los intereses del paciente por encima de los propios y solicitar la opinión de otros especialistas cuando carezca de los conocimientos suficientes. Puede ser comparado con la relación padre-hijos, en donde los padres toman las decisiones por sus hijos, muchas veces sin tomar en cuenta su opinión (Izurieta, 2015, Pág. 38-39).



### **2.7.3. MODELO DELIBERATIVO:**

En el cual existe una necesidad de retroalimentación entre el paciente y el médico. Es decir, la información recibida del paciente sirve como ayuda y orientación para un mejor tratamiento; y la información que provea el médico debe motivar al paciente para cumplir con las recomendaciones del médico. En este modelo el médico actúa como un maestro, comprometiendo al paciente en un diálogo sobre qué actuación sería la mejor, por lo tanto, el médico no solo se limita a recomendar lo mejor para el paciente, sino que conociendo al paciente y deseando lo mejor para él, llegan a la decisión más acertada (Izurieta, 2015, Pág. 39).

### **2.7.4. MODELO INTERPRETATIVO:**

En el cual se da un espacio para la creación de un vínculo entre el paciente y el médico, este último quien adopta una postura de ser un asesor y el paciente de participar de forma activa en la toma de decisiones. Por lo tanto, en este modelo el médico actúa como consejero, quien facilita al paciente la información relevante sobre las diferentes opciones para las acciones médicas a tomar, incorporando al paciente en un proceso de análisis (Izurieta, 2015, Pág. 39-40).

### **2.7.5. MODELO INFORMATIVO:**

En este modelo el médico cumple con la obligación de proporcionar toda la información relevante al paciente sobre el estado de su enfermedad, sus posibles diagnósticos, las intervenciones terapéuticas con sus beneficios y riesgos. Luego de lo cual es el paciente, quien, dotado de toda la información, es el que finalmente toma la decisión sobre la actuación médica que considere más conveniente. Este modelo concibe la autonomía del paciente como la capacidad de tomar el control en la toma de decisiones (Izurieta, 2015, Pág. 40).

### **2.7.6. CARACTERÍSTICAS PERMANENTES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE A TRAVÉS DEL TIEMPO.**

La relación médico-paciente ha tenido distintas modalidades en diferentes culturas y épocas, pero su rasgo esencial, es decir, el encuentro entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela, se mantiene incólume en el tiempo. Esta relación incluye todo lo que acontece antes y después de ese encuentro y su efecto sobre los actores de la relación y el curso de la enfermedad (Goic, 2004, Pág 1434-Revista Médica de Chile).

El médico y el paciente se relacionan a partir de un encuentro y una conversación, que no es una conversación cualquiera, sino que estructurada y con objetivos precisos. Esta conversación es la entrevista médica, que se caracteriza por ser técnica, puesto que persigue un objetivo preciso: obtener en un tiempo razonable el máximo de información relevante para así tener claro el diagnóstico (Goic, 2004, Pág 1434-Revista Médica de Chile).

Por lo tanto, para contrarrestar en cierto modo los efectos nocivos que la posmodernidad ha tenido en las relaciones humanas en general, y por consecuencia en la que se da entre el médico y el paciente, es que se hace necesario no olvidar que dicho encuentro tiene siempre un aspecto personal. El médico debe darse tiempo, detenerse y ser receptivo a lo que expresa la otra persona tanto verbal como no verbalmente. Demostrar interés en la otra persona, en lo que le está pasando y lo que siente es parte fundamental de una comunicación empática, y determinará la relación entre el médico y el enfermo (Goic, 2004, Pág 1435-Revista Médica de Chile).

### **2.8. DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA DE SANTO DOMINGO.**

La provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas está conformada por dos cantones: Santo Domingo y La Concordia. Santo Domingo está conformado por siete parroquias urbanas, siete parroquias rurales y siete comunas Tsáchilas. El cantón La Concordia está

conformado por una parroquia urbana y 3 parroquias rurales (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.28).

### **Parroquias Urbanas y Rurales de Santo Domingo de los Tsáchilas.**

**Tabla 1. Parroquias Urbanas y Rurales de Santo Domingo de los Tsáchilas.**

<b>Parroquias urbanas Santo Domingo</b>	<b>Parroquias urbanas La Concordia</b>
Santo Domingo	La Concordia
Chigüilpe	
Rio Verde	
Bombolí	
Zaracay	
Abraham Calazacón	
Rio Toachi	
<b>Parroquias rurales Santo Domingo</b>	<b>Parroquias rurales La Concordia</b>
San José de Alluriquí	Monte Rey
Luz de América	La Villegas
Puerto Limón	Plan Piloto
San Jacinto del Búa	
Santa María del Toachi	
Valle Hermoso	
El Esfuerzo	

*Fuente: GAD Provincial Santo Domingo de los Tsáchilas, 2015.*

*Elaborado por: GAD Provincial Santo Domingo de los Tsáchilas, 2015.*

#### **2.8.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO.**

En el Censo de Población y Vivienda del año 2010, la población de Santo Domingo de los Tsáchilas, alcanza los 410.937 habitantes, lo que representa el 2,84% de la población del Ecuador (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.82).

### **2.8.2. POBLACIÓN: DINÁMICA DEMOGRÁFICA.**

Santo Domingo es la cuarta ciudad más poblada del Ecuador, manteniendo esa posición en el ranking de las diez ciudades más pobladas, desde el año 2001. En el área urbana de la provincia se concentra el porcentaje más alto de la población, esto es el 69,6%; mientras que en el área rural reside el 30,37% del total poblacional. El 50,16% son mujeres y el 49,83% son hombres (GAD MUNICIPAL DE SANTO DOMINGO, 2014, Pág.49).

En el Censo del año 2010, se registró que el 72.97% de la población se encontraba en el área urbana, alcanzando los 299.878 habitantes. Este crecimiento acelerado de la población en las áreas urbanas se debe a que existen mejores condiciones de empleo, educación, servicios, entre otros, provocando el fenómeno de migración campo – ciudad, en busca de una mejor calidad de vida (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.85-86).

La oferta de educación en la provincia es de 490 establecimientos educativos, con 5.444 docentes que imparten su cátedra a 135.895 alumnos (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.87).

La población de Santo Domingo de los Tsáchilas, en un mayor porcentaje tiene solo instrucción primaria. A este nivel de instrucción corresponde el 41,03% de la población masculina y el 38,75% de la población femenina. Es de gran importancia el mencionar que el 5,00% de la población no tienen ningún nivel de instrucción (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.88).

En la zona urbana de la provincia se encuentra la mayor oferta en educación, siendo el cantón Santo Domingo, el que tiene mayor número de establecimientos educativos y de estudiantes. Esta realidad se debe a que estudiantes del área rural tienen que acudir a los establecimientos de educación superior y bachillerato, ubicados en la zona urbana (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.89).

El analfabetismo funcional es de 21,82% en el Cantón La Concordia y 16,14% en el Cantón Santo Domingo. Para el caso de los dos cantones, la tasa de analfabetismo funcional es superior a la del promedio nacional, la cual llega al 14,85% (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.90).

### 2.8.3. ¿CÓMO NOS AUTOIDENTIFICAMOS?

La mayor parte de la población se considera mestiza (INEC INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS, 2010, Pág.2).

#### Autoidentificación según la cultura y costumbres.

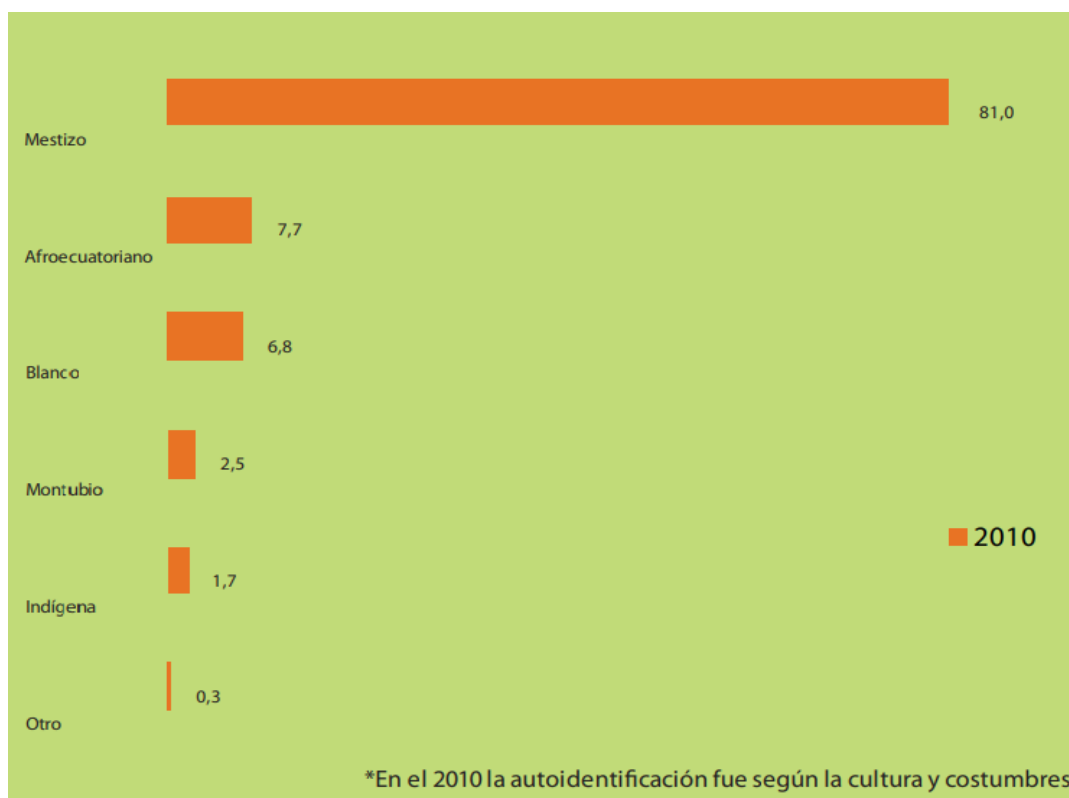


Figura 1. Autoidentificación según la cultura y costumbres.  
Fuente: INEC 2010.

### 2.8.4. NACIONALIDADES EN EL ECUADOR.

En el Ecuador existen 14 Nacionalidades y 21 pueblos indígenas, de los cuales en Santo Domingo están actualmente las Nacionalidades Tsáchila y Chachi, y dos pueblos reconocidos: Afro ecuatorianos y Montubios (GOBIERNO MUNICIPAL DE SANTO DOMINGO, 2015, Pág. 180).

### **2.8.5. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS INTERNOS.**

Los movimientos migratorios hacia la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas son de gran importancia, teniendo en cuenta que de una población de 410.937 habitantes correspondiente al último Censo de Población y Vivienda del año 2010, el 51.43% de la población es de origen Santo Domingueña, mientras que el 48.57% restan, se conforma por población que ha migrado de otras provincias, dentro de las cuales se destacan: Manabí con el 17.5%, Esmeraldas con el 4.74%, Pichincha con el 4.34%, Loja con el 3.68% y Los Ríos con el 3.11% (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.100).

La migración que ocurre del campo a la ciudad se nota claramente al revisar las estadísticas de los dos últimos censos, en los cuales la población rural en el año 2001 representaba el 37,74% de la población de la provincia, mientras que, en el año 2010, representa el 27,03% de la población de la provincia (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.100).

### **2.8.6. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS INTERNACIONALES.**

En la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, el principal motivo de migración a otros países, es por motivo de trabajo, las personas van en busca de mejores fuentes de ingreso que asegure el bienestar económico de sus familias. El segundo motivo es la unión familiar, pues gran cantidad de migrantes al encontrar una estabilidad, buscan un reencuentro con sus familiares, haciendo que se trasladen a vivir en el país donde ellos han migrado (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.100-101).

### **2.8.7. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA ETNIA TSÁCHILA.**

Esta etnia es un cúmulo de conocimientos que deben ser conservados. La etnia tsáchila se resiste a ser absorbida por la modernidad, sus habitantes también conocidos como

colorados conservan sus prácticas ancestrales conjuntamente con la lengua tsafiki, ante estas importantes características, la etnia tsáchila con sus referentes históricos y saberes ancestrales tienen la finalidad de aportar y salvaguardar el patrimonio intangible y material (Calazón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 34).

Del estudio realizado se puede afirmar entre otras cosas que la etnia es originaria del corregimiento de Latacunga y que mediante consecutivas caminatas llegaron a poblar la selva occidental, lo que hoy es la provincia Tsáchila, dominando progresivamente a los habitantes originarios: Los Yumbos (Calazón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 34).

La migración y establecimiento de los tsáchilas hacia selvas occidentales, se había producido paulatinamente desde época temprana, desde tiempos pre-incásicos sucediendo primero un contacto cultural que luego se transformó en una convivencia y finalmente en un posterior establecimiento en estas regiones selváticas, dominando progresivamente a los Yumbos Meridionales para luego absorberlos completamente durante el siglo XVII: Los tsáchilas llegaron a desaparecer completamente de la sierra al parecer hacia finales del siglo XIX (Calazón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 34).

Otra característica es que una vez fusionado estos pueblos y compartiendo caracteres culturales, decidieron su aislamiento cultural buscando alejarse de los españoles.

Se fugaron masivamente para establecerse en la selva que resultaba de difícil acceso, aislamiento que se ve perturbado definitivamente por el proyecto de apertura del camino. Ese acontecimiento inició para tener un mayor contacto especialmente con otras regiones del Ecuador. En 1945 se concretó un nuevo proyecto vial que unió a Quito con los pueblos costeros, siendo el núcleo de la encrucijada Santo Domingo de los Colorados actualmente

Santo Domingo de los Tsáchilas (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 34-35).

Los tsáchilas vivían detrás de la cordillera de los Andes, en tierra caliente y muy lluviosa, donde habitaban muchos animales, fieras y víboras, vivían aislados, sin ningún contacto con los féto (blancos) y tuvieron desplazamientos periódicos (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 35).

Esta etnia ha sufrido cambios de raíz de la creciente población de los mestizos en las cercanías de su territorio. Chicos y grandes tenían la costumbre de pintarse enteramente con el fruto llamado achiote, por esto se los conocía con el nombre de colorados (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 35).

**LOS TSÁCHILAS:** Originariamente desde la existencia de la humanidad, son de origen euro asiático de los mongoles. Han venido dispersándose y ubicándose en diferentes partes, pero permanecieron más tiempo en el norte de Colombia (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 38).

Los Chibchas después pasaron a ubicarse en las alturas a lo largo de la cordillera de los Andes, como: Los Caranquis, Mindaloes, Lachas, Quitus, Caras, Yumbos, Colorados, actualmente reconocidos como nacionalidad tsáchila, ubicada en Santo Domingo de los Colorados en la planicie de la provincia de Pichincha (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 38).

#### **2.8.7.1. ORGANIZACIÓN POLÍTICA DE LA ETNIA TSÁCHILA.**

Tradicionalmente el poné (chamán) de mayor prestigio era la vez la máxima autoridad miyá o chidé tan, cada núcleo compuesto por una o varias familias le reconocían como Jefe del sector (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 45).



Además, al organizar las actividades comunitarias, era quien preservaba la memoria colectiva, los saberes de su pueblo. Era por tanto el guía espiritual y líder socio-político, religioso de carácter vitalicio (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 45).

#### **2.8.7.2. LA POBLACIÓN TSÁCHILA.**

La población tsáchila en las 7 comunas bordean los 2500 habitantes, que representa menos del 2% de la población de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. (Estatuto de la Nacionalidad, Tsáchila, 2007) (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 53).

#### **2.8.7.3. ORIGEN DE LOS NOMBRES DE LAS COMUNAS.**

Los nombres de cada una de las comunas llevaban el de los ríos que atraviesan por cada uno de sus territorios:

Comuna Chigüilpe. Río Chigüilpe CHIWIPI.

Comuna El Cóngoma. Río Cóngoma.

Comuna Peripa. Río Peripa PÍRIPA.

Comuna Los Naranjos. Río Naranjo SÁNTIMA

Comuna Colorados del Búa. Río Búa.

Comuna El Poste. Río Poste.

Comuna Otongo Mapalí. Río Otongo Mapalí DÁPALI

Comuna Tahuaza. Río Tahuaza.

Las siete comunas se fueron adjudicando legalmente en el registro de la propiedad. La Comuna Tahuaza o Filomena nunca se registraron, no se sabe la razón por que no lo hicieron y se terminó al comprar su territorio por parcela a los ingenuos tsáchilas, por eso actualmente no está reconocida como una parte del territorio Tsáchila y quedó en manos

de los invasores a vista y paciencia de las autoridades tsáchila y público en general (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 58).

**FAMILIAS MÁS NUMEROSAS:** Calazación y Aguavil.

**FAMILIA MENOS NUMEROSAS:** Zaracay, Gende, Sauco, Oranzona, Loche, Alopí, Laquinche. En total existen 9 apellidos (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 68).

#### **2.8.7.4. MATÚ NÁKEKA - PARTO ANCESTRAL.**

Antiguamente existían las *nake sakaremi* (parteras), reconocidas en cada sector que habitaban los tsáchilas. Las mujeres al primer mes de gestación acudían a la partera con el fin de realizarse un breve chequeo, esto se lo hacía a través de tomar el pulso y de ponerle la palma de la mano sobre el vientre de la paciente. Hace el análisis del estado en que se encuentra, al siguiente día prepara una infusión de hierbas para el baño, luego le aplica la loción y pomada de resina, extraído de la corteza de un árbol y le da a beber un té natural. Este tratamiento dura casi todo el embarazo, faltando unos días para dar a luz. Además, a las embarazadas se les recomendaba realizar diferentes actividades, como caminar y otras más (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 108).

Al llegar la hora de dar a luz la partera le acomoda en un lugar adecuado dentro de la casa cubierta con una sábana tendida sobre hojas secas, se colgaba una soga o una tira de algodón para que la paciente se sostenga, si el bebé está mal ubicado dentro del vientre; la partera le ubica en su posición normal y no corre ningún riesgo, caso contrario puede morir la madre y el niño (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 109).

En el momento del parto se daba a tomar varias bebidas preparadas con hojas, raíces y plantas que ayudaban a un parto no muy doloroso y normal y realizaban masajes

especiales (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 109).

Al nacer el niño le cortan el cordón umbilical con una tira de caña guadua muy filosa, si es varón le cortan según el tamaño que quiera tener su órgano sexual; si el cordón umbilical le deja más largo cuando la persona sea adulta su órgano sexual sería más alargado. Después la placenta se recogía cuidadosamente y muy secretamente en la de bijagua, luego le cubrían de ceniza para enterrarle en una esquina de la vivienda (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 109).

#### **2.8.7.5. NÁKEKA – PARTO EN LA ACTUALIDAD.**

La mayoría de las mujeres en el parto lo realizaban en las clínicas privadas o en el hospital. Se realizan el eco para saber si es varón o mujer. Anteriormente sabían por la señal del canto de las aves y en la temporada del pase de la luna; la partera conocía por el movimiento del bebé si era varón o mujer (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 109).

#### **2.8.7.6. PIAKÁ VELAICA - MUERTE Y VELORIO.**

Los tsáchilas fallecían por causa de accidente natural:

Caídas de las ramas de los árboles en la selva.

Picadura de las serpientes venenosas.

Absorbidos por la mala energía de los lugares encantados.

Navegando en los ríos al ir de pesca.

Mal hechizo enviado por un poné.

Enfermedades comunes.

Por su edad avanzada.

Después de la muerte el alma y su espíritu (pían okó) Se reencarnan en la naturaleza, como árboles, lagunas, piedras cavernas, animales, montañas, cerros, cascadas y en

volcanes activos más permanentemente (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 110).

El poné o chamán realiza el ritual de envío del alma y del espíritu hacia Pípoa, para la creencia de la cultura tsáchila, es el dios sol, al crepúsculo del atardecer, el lugar donde hay paz y vida eterna (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 110).

Está en la oleada de la burbuja del mar en tal sitio no existe diferencias, todos son iguales en un paraíso eterno. Esta manifestación se ha quedado olvidada por causa de la evangelización de las creencias del catolicismo y otras sectas religiosas (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 110).

Anteriormente después de la muerte al cadáver no se enterraba, lo dejaban al aire libre donde había fallecido, el resto de la familia recogía pocas prendas de las que tenían y abandonaban su vivienda, trasladándose otros lugares más lejanos (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 110).

El cadáver quedaba dentro de la vivienda y no regresaban nunca, la naturaleza se encargaba de descomponerle, al llegar la evangelización al cadáver lo enterraban junto al tronco de los árboles especialmente de chonta, mata palo, clavellín, moral o guayacán, después del entierro sembraban como señal alguna planta o un árbol, algunos años donde no se había sembrado germinaban y brotaban plantas o árboles desde el punto del entierro (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 111).

En los años 1800 tenían un punto de encuentro en los entierros cercano al poblado de San Miguel de los Colorados, la primera parroquia eclesiástica de la región (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 111).

En los diferentes sitios los más cercanos al cadáver lo enterraban en los sectores del Cóngoma, Congomita, Filomena Aguavil, Peripa, el Poste, Chigüilpe. La familia Gende

independiente, entre los años 1990 empezaron a ver el problema de la profanación de los cadáveres, especialmente llevaban el cráneo de los más ancianos y sabios conocedores de la medicina ancestral, por tal razón dentro de la Comuna resolvieron crear un cementerio en el interior, después de esto trasladaron los restos de sus familiares a sitios más cercanos (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 111).

#### **2.8.7.7. EL PONÉ ES HOMBRE MÍSTICO Y VENERABLE.**

Los pueblos indígenas tienen derecho a reavivar y preservar su identidad y tradiciones culturales, incluido el derecho a mantener, desarrollar y proteger las manifestaciones pasadas, presentes y futuras de su cultura, tales como: lugares sagrados e históricos, estructuras, artefactos, diseños, ceremonias, tecnología y obras de arte. Así como el derecho a la devolución de los bienes culturales, religiosos y espirituales que han sido privados sin consentimiento hoy en violación de sus propias leyes (UNESCO 1991:39). (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 119-120).

Anteriormente los tsáchilas vivían antes de que formen las comunas en un núcleo familiar liderado por un poné (chamán), él era el líder político y religioso, era el único que sabía los lugares malos y los buenos porque tenía suficiente poder energético para mantener un contacto con la naturaleza (Calazación Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 120).

#### **2.8.8. MEDICINA TRADICIONAL.**

La medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. El uso de la medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo, mientras que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados. En muchos lugares del mundo, los

responsables de las políticas, los profesionales sanitarios y el público se debate con preguntas sobre la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad, la preservación y con el desarrollo de este tipo de atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.1).

Por lo tanto, es oportuno que la OMS defina su papel en la MT/MCA, desarrollando una estrategia ideada para tratar los temas asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional de la medicina tradicional, complementaria y alternativa (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.1).

En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional” (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.1).

#### **2.8.8.1. AMPLITUD Y USO CRECIENTE.**

La MT se utiliza ampliamente y es un sistema sanitario que está creciendo rápidamente y de gran importancia económica. En África hasta un 80% de la población utiliza la MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.1).

En Asia y en Latinoamérica, las poblaciones siguen utilizando la MT como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. En China, la MT contabiliza alrededor de un 40% de la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.1).

Mientras tanto, en muchos países desarrollados, la MCA se está haciendo cada vez más popular. El porcentaje de población que utiliza la MCA al menos una vez es de un 48% en Australia, un 70% en Canadá, un 42% en EE UU, un 38% en Bélgica y un 75% en Francia (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.2).

### **2.8.8.2. ACCESIBLE Y ASEQUIBLE EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO.**

En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.2).

La MT es a veces la única fuente asequible de atención sanitaria, especialmente para los pacientes más pobres del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.2).

### **2.8.8.3. UN ENFOQUE ALTERNATIVO A LA SANIDAD EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS.**

En muchos países desarrollados el popular uso de la MCA está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.2).

Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales. Para muchos pacientes, la MCA parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.2).

### **2.8.8.4. EL PAPEL ACTUAL DE LA OMS.**

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005, revisa el estado de la MT/MCA de forma global, y detalla el propio papel y las actividades de la OMS en cuanto a MT/MCA. Pero lo que es más importante, proporciona un marco de trabajo para la acción de la OMS y de sus socios, a fin de que la MT/MCA desempeñe un papel mucho más importante a la hora de reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, especialmente

entre las poblaciones más pobres. La estrategia comprende cuatro objetivos (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.5).

1. Política — integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales sobre MT/MCA.
2. Seguridad, eficacia y calidad — fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, difundiendo los conocimientos básicos sobre MT/MCA y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para el asegurar la calidad.
3. Acceso — incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso de las poblaciones pobres.
4. Uso racional — fomentar terapéuticamente el uso sólido de una MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.5).

En un principio, la implantación de la estrategia se centrará en los primeros dos objetivos. Conseguir los objetivos de seguridad, eficacia y calidad, proporcionará las bases necesarias para conseguir los objetivos de acceso y uso racional (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.5).

#### **2.8.9. QUE ES LA MEDICINA TRADICIONAL PARA LA OMS.**

La medicina tradicional puede codificarse, regularse, enseñarse abiertamente y practicarse amplia y sistemáticamente, además de beneficiarse de miles de años de experiencia (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.7).

A la inversa, puede ser reservada, mística y extremadamente localizada, a través de la difusión oral de conocimientos y prácticas. Puede basarse en síntomas físicos destacados o fuerzas supernaturales percibidas (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.7).

Sin duda, en el ámbito global, la medicina tradicional elude la definición o descripción precisa, conteniendo como lo hace características y puntos de vista diversos y a veces



conflictivos. No obstante, una definición práctica resulta útil. Para la OMS tal definición debe ser por necesidad amplia e inclusiva (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.7).

La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.7).

#### **2.8.10. MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA.**

Los términos “complementaria” y “alternativa” (y a veces también “no convencional” o “paralela”) se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.8).

La acupuntura es una terapia médica tradicional china. Sin embargo, muchos países europeos la definen, y la medicina tradicional china en general, como MCA, porque no forma parte de sus propias tradiciones sanitarias. De la misma forma, desde que la homeopatía y los sistemas quiroprácticos se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, tras la introducción de la medicina alopática, no están clasificadas como sistemas de MT ni se incorporan en los modos dominantes sanitarios de Europa. En su lugar, se refiere a éstas como una forma de MCA (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.8).

#### **2.8.11. AUTOMEDICACIÓN.**

El término “Self-Medication” está incluido en los MeSH Terms o tesoro de la National Library of Medicine de Estados Unidos, y es definido como “la auto administración de medicación no prescrita por un médico o de una manera no dirigida por un médico” (año de introducción: 1965). No obstante, es interesante apreciar el doble origen del término

dentro del árbol de términos relacionados. Por un lado, se deriva de “Drug Therapy” (terapia farmacológica) y, por el otro, de “Self Care” (autocuidado). A su vez, los dos vocablos anteriores se derivan de uno común: “Therapeutics” (terapéutica). Esta doble derivación es interesante desde el punto de vista de sus implicaciones prácticas y éticas, ya que, por un lado, sugiere una práctica responsable (auto cuidado) y, por otro, una desviación de la terapia farmacológica, y por lo tanto irresponsable (Ruiz-Stemberg & Pérez Acosta, 2011, Pág. 88).

En el pronunciamiento de la Asociación Médica Mundial sobre este tema se puede apreciar una división explícita. Se señala que la automedicación responsable es “el uso de un medicamento, registrado o sustentado en monografías científicas, legalmente disponible sin prescripción médica, bien sea por iniciativa individual o siguiendo el consejo de un profesional de la salud”. El lado no responsable del fenómeno se define como “el uso de medicinas de prescripción sin una previa prescripción médica” (Ruiz-Stemberg & Pérez Acosta, 2011, Pág. 88).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la automedicación responsable es la práctica mediante la cual los individuos tratan sus enfermedades y condiciones con medicamentos que están aprobados y disponibles sin prescripción, y que son seguros y efectivos cuando se usan según las indicaciones (Ruiz-Stemberg & Pérez Acosta, 2011, Pág. 88).

Señala también la OMS que la automedicación responsable requiere de: 1. medicamentos que tengan seguridad, calidad y eficacia probadas; 2. condiciones que sean auto-reconocibles por el individuo o también para condiciones crónicas o recurrentes (luego de un diagnóstico médico inicial). En todos los casos, estos medicamentos deben estar diseñados para el propósito específico y requerirán de la dosis apropiada (Ruiz-Stemberg & Pérez Acosta, 2011, Pág. 88).

La World Self Medication Industry—ONG con relaciones oficiales con la OMS y que representa a productores y distribuidores de medicamentos de venta libre en el mundo—presenta una definición que muestra solamente el lado responsable del fenómeno de la automedicación, que implica el uso de medicamentos específicamente producidos con el fin de ser usados sin supervisión médica (Ruiz-Stemberg & Pérez Acosta, 2011, Pág. 88). En general se entendería la automedicación como un acto individual y autónomo; sin embargo, como ya se vio en el pronunciamiento de la Asociación Médica Mundial, empieza a aparecer una versión ampliada del fenómeno para dar cabida a la participación de médicos y otros profesionales de la salud (Ruiz-Stemberg & Pérez Acosta, 2011, Pág. 88-89).

#### **2.8.12. SALUD MENTAL.**

Para la Organización Mundial de la salud, Las enfermedades mentales constituyen el 20% de la carga total de enfermedad, 24% de la prevalencia y producen el 43% de las discapacidades (Chávez Oleas, Samaniego Z., & Aguilar Z., 2009. Pág. 13).

De acuerdo a la OPS/OMS La Salud Mental es: “La Condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio” (Chávez Oleas, Samaniego Z., & Aguilar Z., 2009. Pág. 22-23).

Destaca en este concepto la noción de un desarrollo armónico en todas las esferas del ser humano y el logro de conductas subjetivas, es decir al interior de la psiquis; y objetivas, o sea en su comportamiento externo, en el medio familiar y social. Además, la salud mental no sería un hecho estático, sino un ente dinámico que transforma positivamente al ser humano y contribuye también a los cambios que pueden darse en la comunidad. Según

la Academia Americana de Psiquiatría la salud mental es algo tan sencillo de recordar cómo el 1. 2. 3:

1. Estar bien consigo mismo

2. Estar bien con los demás

3. Enfrentar las exigencias de la vida diaria (Chávez Oleas, Samaniego Z., & Aguilar Z., 2009. Pág. 23).

### **2.8.13. SEXUALIDAD.**

Abarca el sexo, las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, las relaciones sexuales y la reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones (Barreno Hernández, Martínez Celi, Palacios , & Vinueza, 2015, Pág.4-5).

**Salud sexual:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias, en relación con la sexualidad. La salud sexual requiere un planteamiento positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de gozar de experiencias sexuales placenteras y seguras, en las que no haya coacción, discriminación o violencia. Para conseguir salud sexual y mantenerla, es preciso que los derechos sexuales de todas las personas se respeten, se protejan y se hagan realidad (Barreno Hernández, Martínez Celi, Palacios , & Vinueza, 2015, Pág.6).

#### **2.8.13.1 DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.**

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes.

Los derechos sexuales y derechos reproductivos en este plan se evidencian en acciones

integrales de calidad de salud sexual y salud reproductiva (SSSR) para todas las personas, sin discriminación alguna (MSP, Plan Nacional De Salud Sexual Y Salud Reproductiva, 2017, Pág.16).

#### **2.8.13.2. SALUD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL ECUADOR.**

En el Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a lo largo del ciclo vital de las personas, está afectado por las inequidades económicas, de género, sociales y étnicas. Los efectos de estas inequidades, se expresan en los siguientes ámbitos inter-relacionados: la diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna, el acceso a métodos anticonceptivos incremento de ITS incluido VIH, violencia basada en género, cánceres relacionados al aparato reproductivo, y salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad (MSP, Plan Nacional De Salud Sexual Y Salud Reproductiva, 2017, Pág. 19).

#### **2.8.14. PARTO.**

Se recomienda que los establecimientos de salud promuevan la atención del trabajo de parto, parto de bajo riesgo por parte de personal debidamente capacitado (MSP, Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de práctica clínica, 2015, Pág. 17).

Se recomienda que el personal de atención del trabajo de parto, parto y puerperio esté con la paciente todo el tiempo de su labor, brinde apoyo y acompañamiento adecuado a la embarazada; esto proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos (MSP, Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de práctica clínica, 2015, Pág. 17).

Se recomienda siempre informar al especialista gineco-obstetra responsable del servicio de atención en el primer y segundo nivel de que se está atendiendo un parto. De no contar

con especialista en el momento de atención se debe informar a la red de atención y considerar siempre la posibilidad de requerir una referencia oportuna (MSP, Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de práctica clínica, 2015, Pág. 18).

Como parte del Plan Nacional de Reducción de la muerte materna y neonatal, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha venido implementando, desde el año 2002, diversas estrategias de mejoramiento continuo de la calidad tales como: capacitación del personal de salud para mejorar la atención del embarazo, parto y postparto, así como del manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido; cumplimiento de estándares de calidad de atención basados en la evidencia; vigilancia epidemiológica e investigación de la muerte materna, y monitoreo de la calidad de la atención y satisfacción del usuario mediante acciones que permitan mejorar la calidad percibida e indicadores que permitan medir periódicamente los resultados (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008. Pág. 13).

Inicialmente los esfuerzos de mejoramiento de la calidad se enfocaron en aspectos clínicos de la atención, para dar paso desde finales del 2003 a la adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades y expectativas de la comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales; debido a la asimetría e inequidad de los datos oficiales a nivel nacional tanto en las tasas de muerte materna y neonatal como en los indicadores de acceso y calidad de los servicios obstétricos y neonatales (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008. Pág. 13).

La última encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 2004) muestra que el 78.5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en un establecimiento de salud, sin embargo, un análisis minucioso de los datos demuestra cómo este alto porcentaje de partos institucionales a nivel nacional enmascara diferencias regionales y

étnicas significativas (MSP, Guia Tecnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008. Pág. 13-14).

Los datos desagregados muestran que más del 40% de las mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región Amazónica, dieron a luz en su casa (MSP, Guia Tecnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008. Pág. 14).

Adicionalmente, el 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios (MSP, Guia Tecnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008. Pág. 14).

#### **2.8.15. VIOLENCIA.**

La violencia es un problema de derechos humanos que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas y repercute en el desarrollo de las comunidades y la sociedad. Ecuador no escapa a esta realidad, los problemas de salud asociados a la violencia, aparecen entre las primeras causas de enfermedad y muerte, en casi todos los perfiles por ciclos de vida (de la Torre, Cevallos, Velasteguí, Cabrera, & Calderon Layedra, 2008, Pág. 3).

##### **2.8.15.1. VIOLENCIA DE GÉNERO.**

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (de la Torre, Cevallos, Velasteguí, Cabrera, & Calderon Layedra, 2008, Pág. 87).

#### **2.8.15.2. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.**

Es toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Una de las expresiones de la violencia intrafamiliar más frecuente y denunciada es la violencia en la relación de pareja que existe en todas las sociedades, culturas y niveles socioeconómicos. La violencia en la pareja incluye agresiones físicas, como golpes, patadas, o golpizas, relaciones sexuales forzadas, maltratos psíquicos, tales como la intimidación y la humillación, y comportamientos controladores, como el aislamiento de una persona de su familia, amigos(as), o acceso a bienes económicos u otros tipos de asistencia (de la Torre, Cevallos, Velasteguí, Cabrera, & Calderon Layedra, 2008, Pág. 87).

#### **2.8.15.3. VIOLENCIA FÍSICA.**

Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiere para su recuperación (de la Torre, Cevallos, Velasteguí, Cabrera, & Calderon Layedra, 2008, Pág. 87).

#### **2.8.15.4. VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL.**

Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la persona o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado (de la Torre, Cevallos, Velasteguí, Cabrera, & Calderon Layedra, 2008, Pág. 87).



#### **2.8.15.5. VIOLENCIA SEXUAL.**

Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo (de la Torre, Cevallos, Velasteguí, Cabrera, & Calderon Layedra, 2008, Pág. 88).

#### **2.8.15.6. VIOLENCIA PATRIMONIAL O ECONÓMICA.**

Constituye una forma más de violencia psicológica que, en ocasiones, coarta la libertad física porque impide a la mujer el ejercicio de su libertad de movimiento y acción; consiste en privar a la persona de los medios económicos de subsistencia para ella y sus hijos o de afectarla patrimonialmente. Ej. Vender los bienes sin el consentimiento de la otra persona, negarle o privarle de los recursos económicos para el sostenimiento de los hijos, quitarle el sueldo o el dinero (de la Torre, Cevallos, Velasteguí, Cabrera, & Calderon Layedra, 2008, Pág. 87).

#### **2.8.16. CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

El problema del uso nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas afecta a todos los pilares del desarrollo de un país: el productivo, el político, el social y el ambiental. Más aún si se consideran los impactos que ejercen sobre la sociedad los distintos eslabones del problema (producción, tráfico, venta, consumo) (MSP, Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición, 2016, Pág. 6).

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención son el primer contacto de la población con el personal de salud, en donde se realizan acciones de promoción, prevención y tratamiento terapéutico ambulatorio en el consumo de drogas, ya que se prioriza las acciones comunitarias con estrategias, participativas, de comunicación y

formativas que generan conocimiento sobre el fenómeno social de las drogas, y favorecen la coordinación con las organizaciones de la sociedad civil (MSP, Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición, 2016, Pág. 6).

**Consumo de riesgo:** patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Éste se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (MSP, Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición, 2016, Pág. 6).

**Consumo nocivo:** patrón de consumo de una sustancia psicotrópica que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental (MSP, Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición, 2016, Pág. 6).

**Droga:** toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones del mismo (MSP, Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición, 2016, Pág. 10).

### **Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas**

La complejidad que abarca la drogodependencia amerita ser manejada bajo un sistema integral, que permita atender a los diferentes problemas asociados al consumo nocivo de sustancias psicotrópicas. De esta manera se podrá abarcar el ámbito médico, psicológico, social y económico, logrando como objetivo final la participación social activa y la incorporación de estilos de vida saludables sin necesidad de recurrir al consumo de drogas (MSP, Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición, 2016, Pág. 13).

El manejo integral para la rehabilitación de los pacientes drogodependientes seguirá una estructuración diagnóstico-terapéutica escalonada según el grado de accesibilidad y especialización que necesite el individuo (MSP, Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición, 2016, Pág. 13).

## **2.8.17. MUERTE.**

### **2.8.17.1 SOCIOLOGÍA DEL PROCESO DE LA MUERTE.**

Sólo recientemente los sociólogos han empezado a interesarse por las experiencias humanas universales de la agonía, la muerte y el duelo. Una de las razones por las que el proceso de la muerte no ha ocupado un lugar más central en la sociología es que éste señala el fin de la participación de un individuo en el mundo social, por lo que parece quedar fuera del ámbito de interés de la sociología. Las sociedades continúan evolucionando, aunque los individuos mueran, y el desarrollo social, más que la muerte individual, ha sido el principal interés de esta ciencia. Otro motivo es que las sociedades modernas siempre han considerado <<tabú>> el tema de la muerte, manteniéndolo fuera de las conversaciones consideradas correctas (Giddens & W. Sutton, 2014. Pág. 429).

### **2.8.17.2. TEORÍAS SOBRE LA MUERTE EN LAS SOCIEDADES MODERNAS.**

Una de las características principales de las sociedades modernas es que, hasta hace muy poco han mostrado tendencia a mantener a la muerte fuera de la óptica de la vida social. Anteriormente, y en muchas sociedades no industrializadas de hoy en día, la mayoría de las teorías experimentaban el proceso final de la muerte desde su casa, acompañados de cerca de parientes y amigos. Pero en la mayor parte de las sociedades modernas actuales, la muerte suele sobrevenir en los hospitales o residencias, lugares relativamente impersonales alejados de los escenarios habituales de la vida social. Una vez fallecidos

los cuerpos se trasladan a otras áreas separadas del edificio, manteniendo así una distancia física entre los parientes vivos, sus familiares y los muertos (Ariés 1965) (Giddens & W. Sutton, 2014. Pág. 429).

## **CAPÍTULO III**

### **3.1. METODOLOGÍA.**

### **3.2. JUSTIFICACIÓN.**

El presente trabajo es pertinente dentro del contexto de la atención sanitaria ya que demuestra que a la hora de brindar atención a aquellas personas que acuden por presentar algún tipo de dolencia o problema, el personal que labora dentro de la institución prestadora del servicio, tiene que entender el contexto, no solo personal de ese individuo que involucra sus creencias culturales si no también el contexto psicosocial que lo acompaña, ahora bien la práctica médica ha ido cambiando con el paso del tiempo encontrando herramientas que apoyan diagnósticos, minimizan el tiempo pero a la vez se han encargado de limitar la relación del paciente con el galeno.

Desde el paleolítico hasta la Grecia Clásica tres fueron los puntos cardinales de la relación médico-paciente:

1. La ayuda espontánea: se refiere al instinto de auxilio que opera en el alma humana, en donde no se recurre a usos tradicionales ni a ritos mágicos.
2. La curación mágica: es una forma de curar relativamente tardía, cuya principal característica es la creencia en poderes y recursos capaces de modificar la realidad del enfermo.
3. Tratamiento empírico: consiste en repetir una práctica curativa descubierta por azar, que en ocasiones fue útil (Lipovetsky & Lain, 2004, Pág. 1432-1433-Revista Médica de Chile).

Todo este contexto se puede ver reflejado en la población latino americana quien sobrevive con las experiencias de generaciones pasadas y la cual ha ido perdiendo credibilidad en el sistema de salud, lo que vuelve a este estudio relevante para devolver esa confianza de la gente a la atención de un profesional y dejar prácticas de sanación que pudiesen agravar el estado de salud de quien la pierde.

El hombre occidental secularizado es aquel que para orientar su vida se atiene exclusivamente a las posibilidades y recursos de su propia naturaleza; a sus propios impulsos, su propia razón, su propia voluntad (Goic, 2004, Pág 1434-Revista Médica de Chile).

Las revoluciones político-sociales del mundo moderno acogieron la idea de que el orden político y social vigente en Europa desde la Edad Media hasta 1789 (Revolución Francesa) no era justo ni natural. Esta transformación política y social tiene consecuencias para la relación médico-enfermo:

1. Se pasa de una entrega del propio cuerpo, más o menos confiada y sin condiciones, a una presentación del cuerpo al médico, con conciencia del derecho que se tiene a la asistencia por recibir. Por lo tanto, la ayuda médica deja de ser pura beneficencia y adquiere un matiz contractual.

2. De una apelación limitada al médico (es decir, antes se recurría a éste sólo en casos de extrema gravedad) se pasa a una exigencia de asistencia para toda dolencia posible.

En el aspecto clínico el enfermo se rebela de manera más sutil. Protesta contra el hecho de que, siendo una «persona» dotada de inteligencia, intimidad y libertad, se le trate técnicamente cuando está enfermo, es decir como un objeto (Goic, 2004, Pág 1434-Revista Médica de Chile).

Actualmente vivimos en una sociedad secularizada en la que el hombre ya no se sostiene en creencias religiosas y, por ende, no ve la enfermedad como una fatalidad que deba

simplemente aceptar como la voluntad de Dios. Es por esto que hoy en día el paciente tampoco acepta sin objeción ni crítica la voluntad del médico. Este cambio ha surgido paulatinamente. Vimos como en el siglo XIX y a partir de Freud surgió la posibilidad de que el sujeto enfermase psíquicamente producto de un «stress social», tomándose a éste no como un objeto sino como una persona (Goic, 2004, Pág 1434-Revista Médica de Chile).

Conocer las experiencias entorno a la salud, la interculturalidad, la relación médico paciente en el centro de salud tipo C Los Rosales, en Santo Domingo de los Tsáchilas, la cual se caracteriza por tener una población muy diversa teniendo desde personas de la cultura tsáchila, personas nacionales y extranjeros, fue lo que conllevó a realizar este trabajo.

En el Ecuador no se cuenta con estudios como el que se realizó, tomándolo desde un enfoque antropológico de características etnográficas, y su ejecución se convierte en un gran aporte a la comunidad tanto local como nacional.

El lugar para la investigación, el tiempo empleado, su población investigada y el material que se utilizó para la ejecución, fueron idóneos para demostrar los objetivos deseados.

### **3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cómo se construyen la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en la unidad de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas?

### **3.4. OBJETIVOS.**

#### **3.4.1 OBJETIVO GENERAL.**

Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el centro de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas.

### **3.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- 1.** Describir y analizar la relación médico paciente en el centro de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas.
- 2.** Descripción y análisis de los conocimientos y actitudes de los pacientes en respecto al servicio que reciben en el centro de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas.
- 3.** Descripción y análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes al respecto de la salud y la sociedad.

### **3.5. HIPÓTESIS.**

Mediante testimonios de personas se podrá conocer cómo se construye la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en la unidad de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas.

### **3.6. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN (CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES - PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS - CANTÓN SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS-PARROQUIA BOMBOLÍ)**

#### **3.6.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.**

**UBICACIÓN:** Dentro de la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, en su cabecera cantonal, Santo Domingo de los Colorados, se encuentra la Parroquia Bombolí, la misma, que tiene al Centro de Salud “LOS ROSALES” ubicado en la Avenida Abraham Calazacon y calle D, en la urbanización Los Rosales cuarta etapa (ROSALES, 2018, Pág.4).

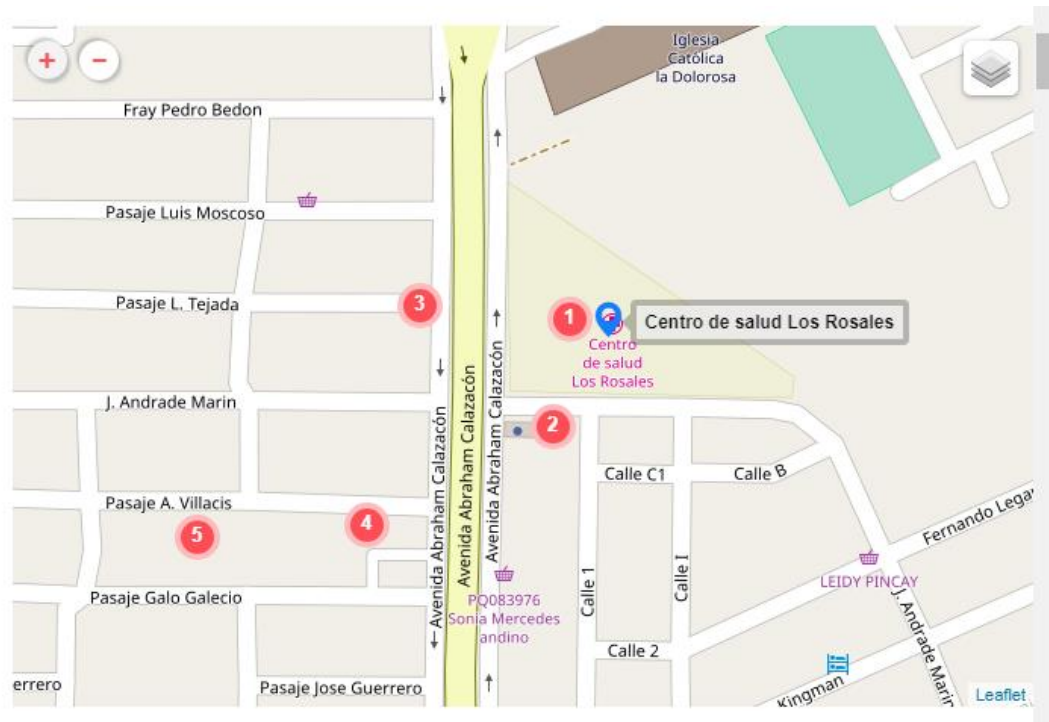


Figura 2. Ubicación del centro de salud tipo C Los Rosales.  
Fuente: Google Maps.

**Superficie:** cerca de 3857 km<sub>2</sub>

**Altitud:** Esta ubicado a 665 msnm

**Clima:** Tropical y cálido, se encuentra caracterizado por dos estaciones bien diferenciadas: invierno y verano, con una temperatura de 28 y 32 grados. El periodo invernal se inicia en los últimos días de diciembre y concluye en el mes de mayo, que es el más caluroso se caracteriza por un aumento de temperatura de hasta 32°C. El periodo de verano empieza a partir de junio hasta el mes de diciembre (ROSALES, 2018, Pág.4).

**Régimen de Lluvias:** La precipitación media anual es de entre los 1400 y los 2600 milímetros (ROSALES, 2018, Pág.4).

**Límites Geográficos:**

- Norte Vía al Búa
- Sur Vía Quevedo
- Este Avenida Bombolí y Av. Chone
- Oeste Avenida Esmeralda

**División política del área:** El centro de salud Los Rosales Se encuentra ubicado la Parroquia Urbana Bombolí del cantón Santo Domingo (ROSALES, 2018, Pág.5).



**Tabla 2. Parroquias urbanas de Santo Domingo.**

• Santo Domingo.
• Chigüilpe.
• Río Verde.
• Bombolí.
• Zaracay.
• Abraham Calazacon.
• Río Toachi.

Fuente: Manual Plan de desarrollo y ordenamiento territorial Santo Domingo de los Tsáchilas 2015-2030.

### Descripción general de la accesibilidad del territorio

El centro de salud Los Rosales tiene fácil acceso por estar ubicado en el área urbana del cantón Santo Domingo cuenta como principal vía de acceso a la Avenida Abraham Calazacon quien que se encuentra conformada por 4 carriles y conecta con la principal arteria de vialidad de la ciudad el Anillo Vial (ROSALES, 2018, Pág.6).

### Listado de las unidades de población más pequeñas, sectores, barrios, recintos, comunidades.

El centro de salud se encuentra dividido por sectores, los cuales están a cargo de los Equipos de atención Integral en salud. Contamos con 10 Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), los cuales se detallan en la siguiente tabla (ROSALES, 2018, Pág.7).

**Tabla 3. Listado del EAIS de establecimientos de salud Los Rosales.**

23D02EU17	Vía a Quinde KM 4
	Casa Hogar y Santa Ana y San Joaquín
	Brisas I y Brisas II
	Escuela 27 de Julio
23D02EU18	UCOM II
	Nogales
	Los Jardines
	La Independencia
	11 de Junio
	Vía al Búa KM 9
Escuela Isabela	
23D02EU20	Jorge Mahuad 4 y 3

	Barrio El Colorado
	Urbanización los Ángeles
	Urbanización Central
	Urbanización San Carlos
	Terminal
23D02EU21	24 de Septiembre
	Gran Colombia
	Jorge Mahuad I y II
	Las Gaviotas
	2 de Mayo
23D02EU23	Coop América
	Los Jardines
	Plaza de Toros
	La Pacifica
	30 e3 Julio Sector 2
23D02EU24	Mariscal sucre
	El dorado
	Urbanización Santa Rosa
	Comité la Esperanza
23D02EU25	Urbanización los Rosales Etapa 1, Etapa 5 Etapa 3
	Jorge Maguad sector 5
23D02EU26	Urbanización Zambrano
	Los helechos
	Parque Ecológico
	Parque de la Madre
23D02EU27	Coop Las Palmas
	Urbanización los Rosales 2da etapa
	Santa Rosa
	Coop 17 de Diciembre
23D02EU33	El Portón del Consejo Provincial
	Conjunto Palma Real
	Urbanización los Rosales 4ta Etapa

Fuente: Sala situacional del centro de salud tipo C Los Rosales 2018.

### **Descripción de poblaciones de difícil acceso por situación o características geográficas.**

El centro de salud Los Rosales tiene fácil acceso por estar ubicado en el área urbana del cantón santo domingo, no se cuenta con población de difícil acceso (ROSALES, 2018, Pág.8).

### **3.6.2. DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACIÓN. (IDIOMA, MIGRACION, IDENTIDAD, RELIGION Y EXISTENCIA DE AUTORIDADES TRADICIONALES).**

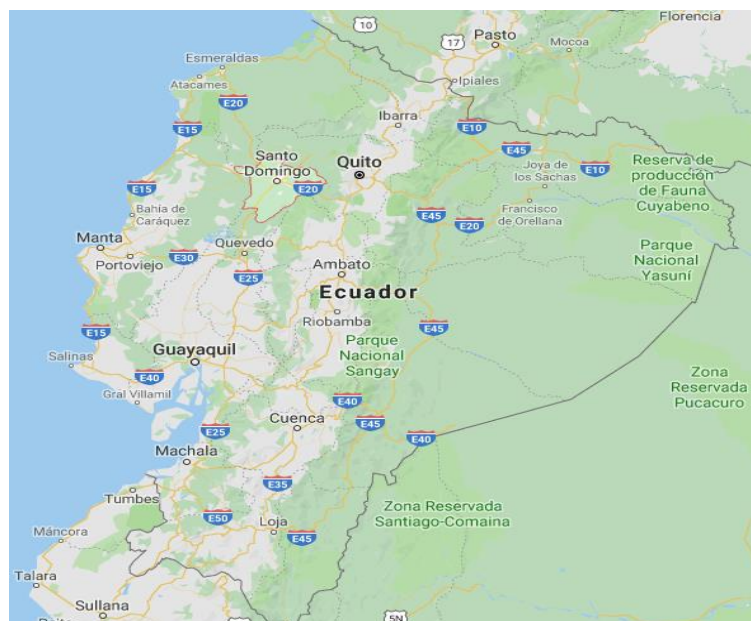
Los dos principales idiomas existentes en la parroquia Bombolí son el español y tsafiki, como lengua tradicional que habla el pueblo Tsáchilas conocido por los hispanos=hablantes como “Indios Colorados”. Por ser esta parroquia urbana, en crecimiento existen muchas poblaciones de otras provincias vecinas especialmente de Manabí, los ríos y esmeralda, no solo de Ecuador, sino también de otros países correspondiendo un total de atenciones médicas en el centro de salud Los Rosales de Enero a Julio del 2018 de 380 extranjeros, siendo principalmente colombianos (ROSALES, 2018, Pág.10).

El mayor porcentaje de pacientes atendidos en este centro de salud se auto-identifica como mestizo 23.926 (ROSALES, 2018, Pág.10).

En la cima del cerro Bombolí se encuentra el Santuario de Nuestra Señora del Monte Santo Bombolí, cuya replica al interior de la iglesia corresponde a la Virgen de El Cisne. El lugar es muy visitado por los fieles católicos, siendo esta la región predominante.

Las comunas, que son uniones de familias nucleares con vínculos de consanguinidad y afinidad patrilineales, se constituyen en núcleos de cooperación y ayuda mutua (ROSALES, 2018, Pág.12).

Tiene dos formas de autoridad: el Cabildo, organización de nuevo tipo establecida por el Estado, y la tradicional con un jefe llamado "Miya", que legendariamente siempre ha sido un "Pone" o "Vegetalista", como su máxima autoridad. El "Miya" ordena las actividades cotidianas de la comunidad y cura las enfermedades, ya que tiene el poder que le dan los espíritus; es quien preserva la memoria colectiva, el saber de su pueblo, lucha por la defensa de su identidad y su cultura; por lo tanto, es el guía espiritual, conductor social y político (ROSALES, 2018, Pág.12).



**Figura 3. Ubicación de la provincia de Santo Domingo de los Tsachilas.**  
**Fuente: Google Maps.**

## Imágenes de Centro de salud tipo C Los Rosales.



**Figura 4. Imágenes de Centro de salud tipo C Los Rosales**  
**Fuente: Investigadores 2019.**

### **3.7. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.**

El presente trabajo es de tipo cualitativo, etnográfico el cual se desarrolló en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el cantón Santo Domingo de los Colorados, en el Centro de Salud tipo C Los Rosales , mediante la aplicación de técnicas metodológicas como entrevistas de tipo semiestructuradas, dos grupos focales, uno con ocho personas que laboran dentro del Centro de Salud y otro grupo focal con ocho personas que acuden

a recibir atención a esta institución, además se entrevistó a tres personas para realizarles su historia de vida entre estas una persona mestiza residente en Santo Domingo, un migrante y un nativo de la etnia tsáchila, considerando los criterios de inclusión y exclusión, además se les proporciono el consentimiento informado para personas mayores de edad, y el asentimiento informado para menores de edad, toda esta información fue documentada en Word, posteriormente se realizó un análisis minucioso de la información obtenida, para entender sus ciclos de vida y su relación con el medio a través de sus experiencias y trayectorias entorno a la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente.

Posteriormente con toda la información obtenida se seleccionó los testimonios más representativos considerando la variedad de criterios y analizando cada uno de ellos, con lo cual se desarrolló los capítulos de salud, tipos de medicina, atención sanitaria, automedicación, salud mental, sexualidad, atención del parto, anticoncepción, violencia, uso de sustancias nocivas, interculturalidad, migración, relación médico paciente, muerte y ritual.

Nos apoyamos en herramientas como Wordsalad en donde se introdujo texto completo de cada capítulo para extraer una nube de palabras, las más repetidas por las personas y así apreciar de una manera esquemática el pensar de los entrevistados.

Se utilizó el modelo de “INFLUENCIAS CULTURALES Y MATERIALES QUE INCIDEN SOBRE LA SALUD” (Giddens, 2004), para esquematizar cada capítulo, conceptualizando los pensamientos de los entrevistado respetando la diversidad.

### **3.7.1. TIPO DE ESTUDIO.**

El presente estudio se desarrolló desde el punto de vista etnográfico, cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas, grupo focales, historias de vida. Se realizaron análisis al procesamiento de información siendo este detallado y esquematizado para tener un mejor

panorama de nuestro estudio, todo enmarcado en un razonamiento inductivo, propio de la investigación cualitativa.

### **ETNOGRAFÍA.**

Descripción detallada y de primera mano de una cultura viva, basada en la observación personal (Miller, 2011, Pág. 511).

Etnografía –del griego “ethnos” (tribu, pueblo) y de “grapho” (yo escribo), literalmente “descripción de los pueblos”– es probablemente el método sobre el que más ha crecido el interés, tanto teórico como práctico, en la investigación educativa para analizar la práctica docente, describirla (desde el punto de vista de las personas que participan en ella) y enfatizar sobre las cuestiones descriptivas e interpretativas de un ámbito sociocultural concreto (Murillo & Martínez, 2010, pág. 2).

La etnografía es un método de investigación social (Hammersley & Atkinson, 1994). Las principales características que la distinguen de otros métodos son: que permite el registro del conocimiento cultural (Spradley, 1980), detalla patrones de interacción social (Gumperz, 1981), permite el análisis holístico de sociedades (Lutz, 1981), es descriptiva (Walker, 1981), y permite desarrollar y verificar teorías (Glaser y Strauss, 1967) (Murillo & Martínez, 2010, pág. 2).

#### **3.7.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

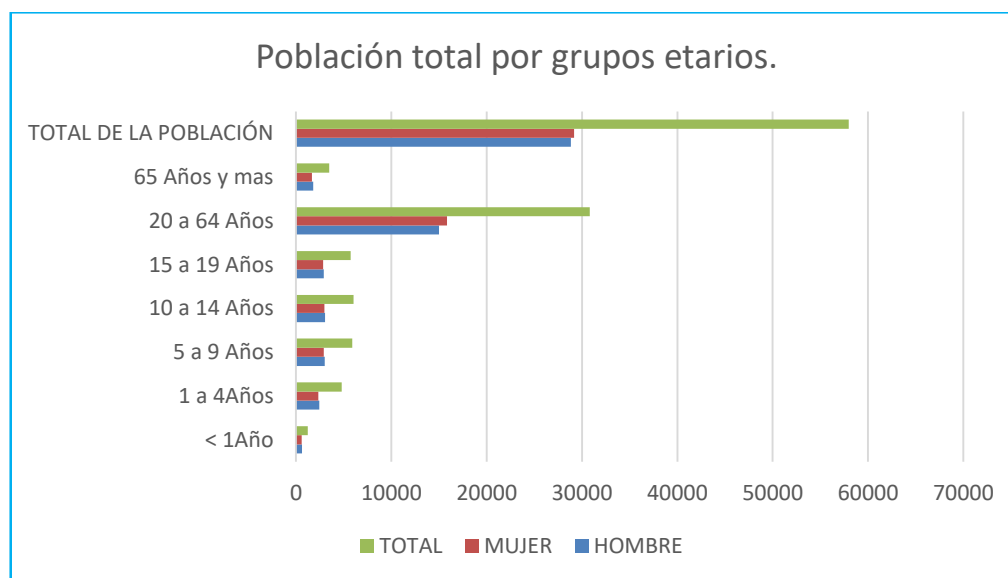
- Sujetos informantes que acudieron cada mes a recibir atención en el centro de salud tipo C los Rosales.
- Pacientes de procedencia diversa (Tsáchilas, de otras provincias y extranjeros).
- Pacientes mayores 14 años con el correspondiente consentimiento de sus padres.
- Sujetos informantes que aceptaron mediante consentimiento informado ser parte de estudio.

### 3.7.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Sujetos informantes que acudieron ocasionalmente a recibir atención en el centro de salud tipo C los Rosales.
- Pacientes menores de 14 años.
- Sujetos que no desearon formar parte del estudio.

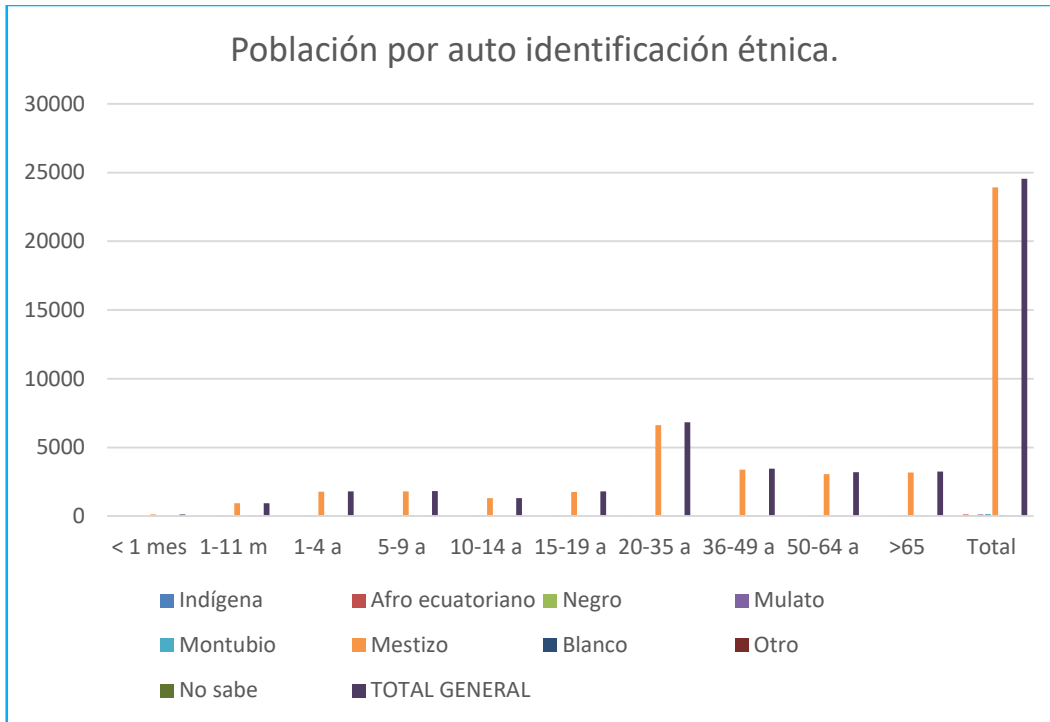
### 3.7.4. UNIVERSO Y SELECCIÓN DE INFORMANTES.

En cuanto al perfil de la población que habita en las áreas correspondientes al centro de Salud los Rosales, tenemos que el total de población es de 57.997 de las cuales poseemos mayor cantidad de mujeres con un total de 29.164 en comparación a los hombres con 28.833. El grupo etario predominante es el encasillado entre los 20-64 años de edad y el área de residencia es totalmente urbana. Tenemos pertenencia étnica muy variada predominando los Mestizos, seguido de los Montubios, y los Afro ecuatorianos, debemos destacar también que en el recinto Umpechico tenemos población con identificación Tsáchila (ROSALES, 2018, Pág.20).



**Figura 5. Población total por grupos etarios.**  
Fuente. Datos estadísticos del Centro de Salud Los Rosales.





**Figura 6. Población por auto identificación étnica.**  
**Fuente: Datos estadísticos del Centro de Salud tipo C Los Rosales.**

## **OFERTA Y CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.**

### **Primer Nivel de atención:**

Por su contacto directo a la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizado en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extra murales (ROSALES, 2018, Pág.22).

El Circuito del Centro de Salud Los Rosales cuenta como primer nivel de atención, Tipo C.

El Hospital Santo Domingo cuenta como segundo nivel ya que presta el servicio de Ambulatorio y hospitalario y está dentro del sector Los rosales (ROSALES, 2018, Pág.22).

**Tabla 4. Tipologías de las unidades operativas del sistema nacional de salud.**

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORIA ESTABLE DE SALUD	NOMBRE
<b>Primer Nivel de Atención</b>	1° nivel	1-1	Puesto de Salud
	2° nivel	1-2	Consultorio general
	3° nivel	1-3	Centro de Salud – A
	4° nivel	1-4	Centro de Salud – B
	<b>5° nivel</b>	<b>1-5</b>	<b>Centro de Salud – C</b>
<b>Segundo Nivel de Atención</b>	<b>AMBULATORIO</b>		
	1° nivel	II-1	Consultorio de especialidad(es) clínico -quirúrgico médico u odontológico
	2° nivel	II-2	Centro de especialidad
		II-3	Centro clínico-quirúrgico ambulatorio(Hospital del Día)
	<b>HOSPITALARIO</b>		
	3° nivel	II-4	Hospital Básico
	4° nivel	II-5	Hospital General

Fuente: Distrito de salud 23D02.

La distribución de las actividades intra y extramural por los equipos de salud del centro de salud tipo C Los Rosales se encuentra determinada en la siguiente manera (ROSALES, 2018, Pág.23).

**Tabla 5. Distribución de las actividades intra y extramural por los equipos de salud del centro de salud Los Rosales.**

PROFESIONAL	UNIDADES URBANAS	
	INTRAMURAL	EXTRAMURAL
Médico	70%	30%
Psicólogo	50%	50%
Enfermera	50%	50%
Odontólogo	80%	20%
Obstetra	80%	20%
Técnico en atención primaria de salud	10%	100%

Fuente: Distrito de salud 23D02.

El Sistema de salud ha definido los siguientes estándares: A nivel Urbano: Un médico-una enfermera y un técnico de salud por cada 4000 habitantes (ROSALES, 2018, Pág.24).

El establecimiento descrito cuenta con el apoyo de unidades móviles, medicina general, especialidades de medicina familiar, obstetricia, odontología que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud (ROSALES, 2018, Pág.30).

**Servicios de Apoyo:** Apoyo diagnóstico transversal a los niveles de atención

***NIVELES DE COMPLEJIDAD.***

El Circuito del Centro de Salud Los Rosales su nivel de complejidad es general como Centro de Diagnóstico Integral (ROSALES, 2018, Pág.31).

**Tabla 6. Niveles de complejidad, centro de diagnóstico integral.**

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA E ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Centro de Diagnóstico Integral	CDI general	CDI-1
	CDI mediana complejidad	CDI-2
	CDI de alta complejidad	CDI-3

**Fuente:** Datos Estadísticos del Centro de Salud Los Rosales.

El Circuito del Centro de Salud Los Rosales su nivel de complejidad es general como Centro de Rehabilitación Integral (ROSALES, 2018, Pág.31).

**Tabla 7. Niveles de complejidad, centro de rehabilitación integral.**

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA E ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Centro de Rehabilitación integral	CRI general	CRI-1
	CRI mediana complejidad	CRI-2
	CRI de alta complejidad	CRI-3

**Fuente:** Datos Estadísticos del Centro de Salud Los Rosales.

El Circuito del Centro de Salud Los Rosales su nivel de complejidad es baja en Laboratorio Clínico (ROSALES, 2018, Pág.32).

**Tabla 8. Niveles de complejidad, laboratorio clínico.**

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA E ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Laboratorio Clínico	Laboratorio de Diagnóstico clínico general o de baja complejidad	L-1
	Laboratorio de diagnóstico clínico especializado: de mediana complejidad L-2A y alta complejidad	L-2A;L2B

**Fuente:** Datos Estadísticos del Centro de Salud Los Rosales.

El Centro de Salud los Rosales cuenta con varias organizaciones públicas y privadas que trabajan coordinadamente dentro del circuito, de manera que se pueda brindar una mejor atención a los pacientes que corresponden a las comunidades del distrito y de la misma manera a la ciudadanía, para poder cumplir con el compromiso de mejorar la calidad de vida (ROSALES, 2018, Pág.40).

Además, la Red Pública integral de Salud y red complementaria (RPIS) está conformada por el Ministerio de Salud Pública(MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS (Seguro General de Salud Individual y Familiar, Seguro Social Campesino, Seguro de Riesgos de Trabajo), Fuerzas Armadas-ISSFA y Policía Nacional –ISSPOL (ROSALES, 2018, Pág.43).

La Autoridad Sanitaria en coordinación con las autoridades de las instituciones del sector público están lideradas con los proveedores privados con o sin fines de lucro que conforman la red Complementaria (ROSALES, 2018, Pág.43).

**Tabla 9. Red complementaria.**

<b>CLÍNICAS DE SALUD PARTICULARES</b>			
<b>NIVELES DE ATENCIÓN</b>	<b>CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	<b>CATEGORIA ESTABLE DE SALUD</b>	<b>NOMBRE</b>
<b>Primer Nivel de Atención</b>	1° nivel	1-1	Puesto de Salud
	2° nivel	1-2	Consultorio general
	3° nivel	1-3	Centro de Salud – A
	4° nivel	1-4	Centro de Salud – B
	5° nivel	1-5	Centro de Salud – C
<b>CLÍNICAS DE SALUD PARTICULARES</b>			
<b>NIVELES DE ATENCIÓN</b>	<b>CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	<b>CATEGORIA ESTABLE DE SALUD</b>	<b>NOMBRE</b>
<b>Segundo Nivel de Atención</b>	1°- 4° nivel	II-5	Clínica la Providencia
	1°- 4° nivel	II-5	Clínica Quito
	1°- 4° nivel	II-5	Clínica Torres Médica
	1°- 4° nivel	II-5	Clínica San Andrés
	1°- 4° nivel	II-5	Clínica los Ángeles
	1°- 4° nivel	II-5	Clínica Metropolitano

Fuente: Datos Estadísticos del Centro de Salud Los Rosales.

### **CARTERAS DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES.**

Personal de salud son profesionales que practican la medicina y que intenta mantener, salvaguardar y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente (ROSALES, 2018, Pág.45).

**Tabla 10. Cartera de servicios.**

<b>AREA</b>	<b>PERSONAL</b>
<b>DIRECCIÓN</b>	1 LICENCIADA EN ENFERMERIA
<b>EMERGENCIA</b>	9 MÉDICOS GENERALES
	4 PARAMEDICOS
	9 LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

	4 OBSTETRICES 5 CONDUCTORES
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	3 MÉDICOS POSTGRADISTAS 4 MÉDICOS FAMILIARES 4 MÉDICOS 6 LICENCIADAS EN ENFERMERÍA 1 OBSTETRIS 2 ODONTÓLOGOS
<b>LABORATORIO</b>	4 DOCTORAS EN BIOQUIMICA 3 LICENCIADAS EN LABORATORIO 2 LICENCIADO MICROSCOPISTAS 2 ASISTENTES ATENCIÓN AL USUARIO
SALA DE PARTOS	1 OBSTETRIZ 1 MEDICO GENERAL 1 LICENCIADA EN ENFERMERIA
RADIOGRAFIAS	1 RADIOLOGO
ECOGRAFIAS	1 IMAGENEOLO
<b>ESTADÍSTICA</b>	5 PERSONAS NATURALES
<b>FARMACIA</b>	1 DRA BIOQUÍMICA 4 PERSONAS NATURALES
<b>BANCO DE VACUNAS</b>	1 LICENCIADAS EN ENFERMERÍA
<b>TAMIZAJE NEONATAL</b>	1 LICENCIADA DE ENFERMERÍA
<b>PROGRAMA DE TUBERCULOSIS</b>	1 LICENCIADO EN ENFERMERÍA
<b>TRABAJO SOCIAL</b>	1 LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
DISCAPACIDAD	2 MÉDICOS GENERALES
<b>PSICOLOGÍA</b>	3 PSICÓLOGO CLÍNICOS
<b>NUTRICIÓN</b>	1 LICENCIADO EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
<b>TAPS (técnico en atención primaria de salud)</b>	1 TÉCNICO EN A.P.S.
FISIOTERAPIA	2 LICENCIADOS FISITERAPEUTAS
<b>LIMPIEZA</b>	4 PERSONAS NATURALES
<b>GUARDIANÍA</b>	3 PERSONA NATURAL

Fuente: Datos Estadísticos del Centro de Salud Los Rosales.

## **DISTANCIA DE LAS COMUNIDADES A LA UNIDAD DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA.**

En el siguiente cuadro se aprecia los diferentes circuitos a cargo del CS Los Rosales, además de las diferentes distancias para cada circuito y el tiempo que les toma en trasladarse tanto a los pacientes como a los funcionarios desde el circuito hasta la Unidad Operativa, además de los diferentes medios de transporte que usan, teniendo como resultado que el circuito más lejano del CS es la Asunción con 35 km de distancia y con un tiempo estimado de 1h30 minutos para los pacientes y 3 horas para los funcionarios de la unidad, además de tener una carretera de tercer orden y entre los medios de transporte usados están el vehículo e irse caminando, lo que influye en el tiempo de atención entre el paciente y los médicos del CS (ROSALES, 2018, Pág.50).

**Tabla 11. Distancia de las comunidades a la unidad de salud y hospital de referencia.**

Comunidades atendidas por la unidad operativa	Distancia aproximada en Km	Tiempo aproximado en horas		Tipo de vía de acceso	Tipo De Transporte Requerido	
		Del personal de La unidad operativa a la comunidad	De las personas de la comunidad a La unidad operativa		Del personal de la unidad operativa a la comunidad	De las personas de la comunidad a la unidad operativa
Urb. Los Rosales I-V Etapa	1km A La Redonda	3 A 5 Min	3 A 5 Min	Primer Orden	Caminando	Caminando/Vehículo
Urb. Moreira	1.5km	10min	10min	Primer Orden	Caminando	Caminando/Vehículo
El Prado	1km	7min	7min	Primer Orden	Caminando	Caminando/Vehículo
Comité La Esperanza	1km	10 Min	10 Min	Primer Orden	Caminando	Caminando
Víctor Manuel López	700mts	7min	7min	Primer Orden	Vehículo	Caminando/Vehículo
Che Guevara Sector 1-2 3	700mts	7-9-12 Min	7-9-12 Min	Tercer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Gran Colombia	500mts	5 Min	5 Min	Tercer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando
Las Gaviotas	300mts	3 Min	3 Min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Víctor Manuel Bastidas	1.5km	10 Min	10 Min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
2 De Mayo	2.5 Km	20 Min	20 Min	Tercer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
24 De Septiembre	3 Km	25 Min	25 Min	Tercer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Echanique	2km	15 Min	15 Min	Tercer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Urb. Los Ángeles	2km	15 Min	15 Min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Ciudad Central	2km	15min	15min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
La Alborada	2km	7min	7min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Caminos Vecinales	1km	10min	10min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Plaza De Toros	1km	10 Min	10 Min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Coop. 30 De Julio	1km	10 Min	10 Min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Malaria	1km	15 Min	15 Min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Mariscal Sucre	1km	10min	10min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Urb. Santa Rosa	1.5 Km	7min	7min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Coop. Las Palmas	2km	10 Min	10 Min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Urb. Zambrano	1 Km	7min	15min	Primer Orden	Vehículo/Caminando	Caminando/Vehículo
Asunción	3.5 Km	1:30 Min	3 H.	Tercer Orden	Vehículo	Caminando/Vehículo
Feria De Ganado	2.5km	1h	1:30 Min	Tercer Orden	Vehículo	Caminando/Vehículo
Vía Al Bua	2.5 Km	1h	1:30 Min	Tercer Orden	Vehículo	Caminando/Vehículo
Brisas Del Colorado	1.5 Km	7min	20min	Tercer Orden	Vehículo	Caminando/Vehículo

**Fuente: Datos del Centro de Salud Los Rosales**

## **PRESTACIONES EN SALUD.**

Las redes de salud pública y complementaria, sirven para brindar un trabajo completo y llegar a cubrir el total de la población con la que cuenta la provincia para brindar atención oportuna a las emergencias y elaborar programas que ayuden a las personas que forman parte de los grupos vulnerables en la Provincia, dentro de las cuales se pudo observar las principales redes complementarias de salud que en coordinación con el MSP dan servicio a la comunidad (ROSALES, 2018, Pág.53).

Desde años anteriores mediante decreto ministerial y con autorización presidencial se indicaba que se debe implementar de manera inmediata la red complementaria, pero por sombras políticas y por el aparataje burocrático, se ha retrasado hasta este año que recién se pone en práctica lo dispuesto, la finalidad de esto es que los usuarios de los servicios de salud públicos puedan también gozar de los servicios completos que no poseen el MSP pero que si los tienen clínicas asociadas u otras entidades públicas como son el IESS, la mecánica del funcionamiento que se facture tanto de ida como de vuelta en base a la lista de costos del MSP, y así los usuarios con recursos limitados puedan tener un servicio integro como lo dispone la carta magna (ROSALES, 2018, Pág.53).

### **Relaciones con el gobierno local y otras instituciones (Públicas, Privadas, Organizaciones Comunitarias).**

Para llevar a cabo programas de salud se debe coordinar con los gobiernos locales y otras instituciones públicas y privadas, como pudimos observar en los gráficos anteriores el CS Los Rosales cuenta con un equipo de trabajo y con la colaboración de varias instituciones con el único objetivo de brindar un servicio de salud eficiente, eficaz y oportuno para la población de Santo Domingo, además de proteger a la población vulnerable y disminuir los índices de morbilidad, e

incrementar campañas de prevención, porque es más fácil prevenir que curar, y el MSP es un ente que tiene como pilar el prevenir las enfermedades (ROSALES, 2018, Pág.54).

### **RELACIÓN DEL ÁREA CON LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 23D02.**

Siendo el Distrito la unidad controladora, supervisora y ejecutora, hay una relación vertical y poco ortodoxa horizontal, esta última poco practicada por las autoridades, el circuito de los Rosales, tiene relación directa ya sea para solicitudes como presentación de producción de los diferentes programas a realizar por parte del mismo, y este último el ente controlador lo debe de supervisar y realizar reingeniería si fuera necesario para no perder recursos si no lo contrario aprovechar y producir lo que tiene (ROSALES, 2018, Pág.56).

Los Rosales cuenta con redes de autoayuda y organizaciones sociales están prestos a brindar la ayuda necesaria para cada usuario (ROSALES, 2018, Pág.56).

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) tiene como fin el mejorar la aplicación de las políticas sociales, se plantea la meta de ser modelo de inclusión y aseguramiento, que genere oportunidades para que los ciudadanos (as) superen su condición de pobreza (ROSALES, 2018, Pág.57).

#### **3.7.5. SELECCIÓN DE INFORMANTES.**

Se caracterizó por lo siguiente: ser representativa, amplia y diversa.

Se seleccionó a 30 personas que asistieron para atención en el centro de salud tipo C Los Rosales, se las selecciono por sexo y edad, hasta alcanzar un punto de saturación de información, además se les explico sobre la investigación y se les hizo firmar un previo consentimiento informado para los adultos y para los menores de edad un asentimiento informado para realizar en este caso entrevistas semiestructuradas, la cual consiste en contestar una serie de preguntas que fueron elaboradas teniendo en cuenta los objetivos de la investigación.



**Tabla 12. Informantes para entrevista semiestructurada.**

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
14-19 años (adolescentes)	3	3	6
20-34 años (adulto joven)	3	3	6
35-49 años (adulto medio)	3	3	6
50-64 años (adulto maduro)	3	3	6
>65 años (adulto mayor)	3	3	6
TOTAL	15	15	30

**Elaborado por: Los investigadores.**

Se realizó dos grupos focales, uno de pacientes y con informantes por grupo etario y otro de personal que labora dentro del centro de salud como médicos de familia, enfermero(a), psicólogo, obstetra, personal de farmacia y estadística, puesto que era importante conocer sus experiencias en forma grupal entorno a la salud dentro del centro de salud tipo C Los Rosales, cada grupo focal con ocho personas. Con la información recolectada se confrontó las ideas que fueron diversas enriqueciendo el estudio y permitiendo saturar la información.

Se les explicó sobre la investigación y se les hizo firmar un previo consentimiento informado para los adultos y para los menores de edad un asentimiento informado

**Tabla 13. Primer grupo focal, conformado por pacientes.**

EDADES	INFORMANTE	TOTAL
14-19 años (adolescentes)	1	1
20-34 años (adulto joven)	1	1
35-49 años (adulto medio)	2	2
50-64 años (adulto maduro)	2	2
>65 años (adulto mayor)	2	2
TOTAL	8	8

**Elaborado por: Los investigadores.**

**Tabla 14. Segundo grupo focal, conformado por personal del centro de salud Los Rosales.**

EDADES	INFORMANTE	TOTAL
Médicos Familiares.	2	2
Psicólogo.	1	1
Obstetras.	1	1
Enfermeras	2	2
Estadística	1	1
Trabajadora social	1	1
TOTAL	8	8

**Elaborado por: Los investigadores.**

Se realizó 3 historias de vida, a una persona de etnia tsáchila, una persona mestiza residente en Santo Domingo y una persona migrante, puesto que era importante conocer su experiencia entorno a la salud dentro del centro de salud Los Rosales.

La historia de vida se la elaboro de acurdo al curso de vida de cada una de las personas, las etapas del curso de la vida están influidas por las diferencias culturales y por las circunstancias materiales de la vida de las personas en los diferentes tipos de sociedad (Giddens & W. Sutton, 2014, pág. 401).

Esta información fue tomada en el centro de salud y en sus hogares lo que nos permitió observar más de cerca sus costumbres, su familia y su desenvolvimiento y a la vez saturar la información.

Se les explico sobre la investigación y se les hizo firmar un previo consentimiento informado.

**Tabla 15. Informantes para historia de vida.**

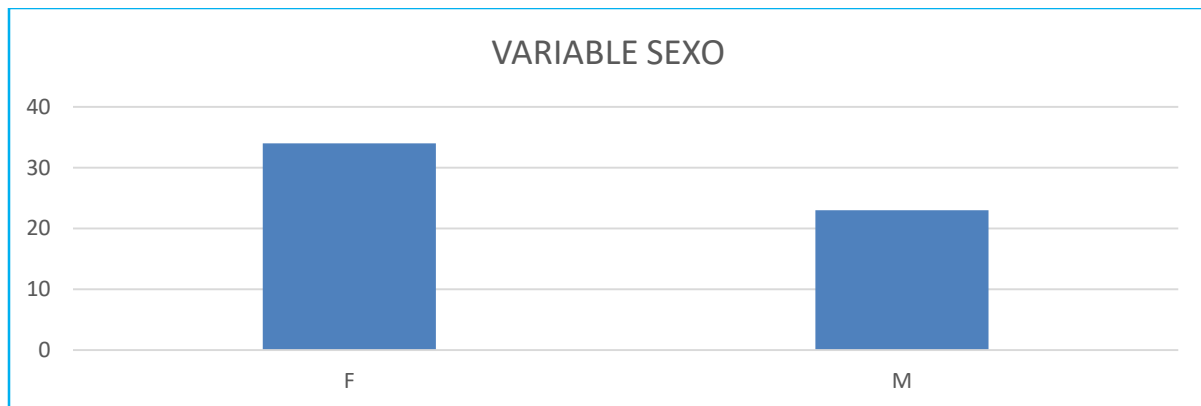
SUJETO	INFORMANTE	TOTAL
TSÁCHILA	1	1
RESIDENTE EN SANTO DOMINGO	1	1
MIGRANTE	1	1
TOTAL	3	3

**Elaborado por: Los investigadores.**

### 3.7.6. INFORMANTES: DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

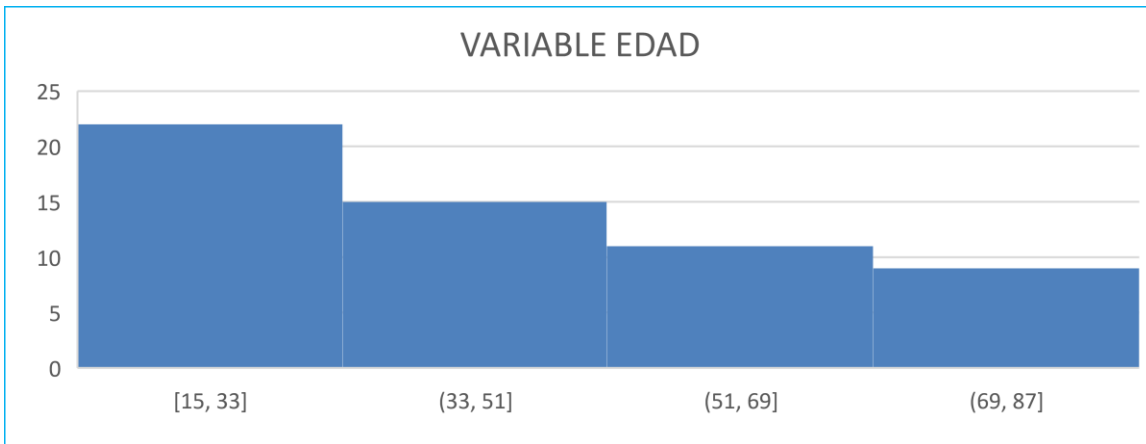
En el centro de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas se puede encontrar una población diversa con un tesoro cultural invaluable, con características sociodemográficas importantes que enriquecen el estudio. A continuación, se explican las características de nuestros informantes las cuales se determinaron por: sexo, edad, estado civil, etnia, lugar de nacimiento, religión, ocupación, nivel de instrucción, detallando a continuación de forma esquemática.

En el siguiente gráfico se puede ver la variable sexo de nuestros 57 entrevistados en el centro de salud tipo C Los Rosales, observando que la mayoría son de sexo femenino con un total de 34 personas a diferencia del sexo masculino con 23 personas.



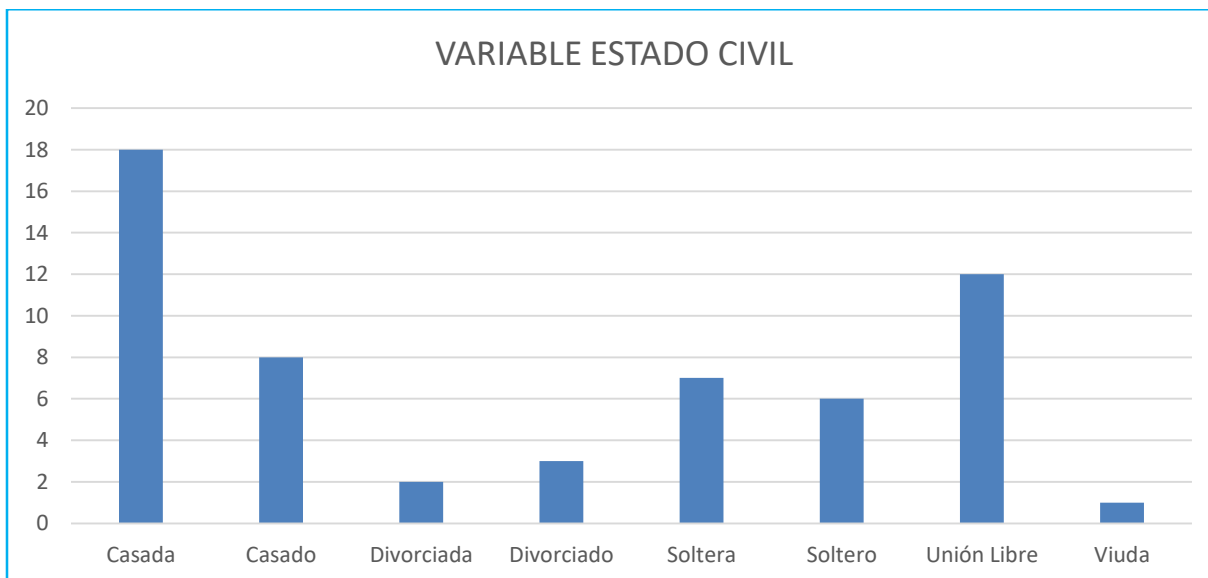
**Figura 7. Variable sexo.**  
**Fuente:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

En el siguiente gráfico se puede ver la variable edad de nuestros 57 entrevistados en el centro de salud tipo C Los Rosales, observando que 22 personas se encuentran en el rango de (15-33 años), 15 personas en (33-51 años), 11 personas en (51-69 años), y 9 personas en (69-87 años).



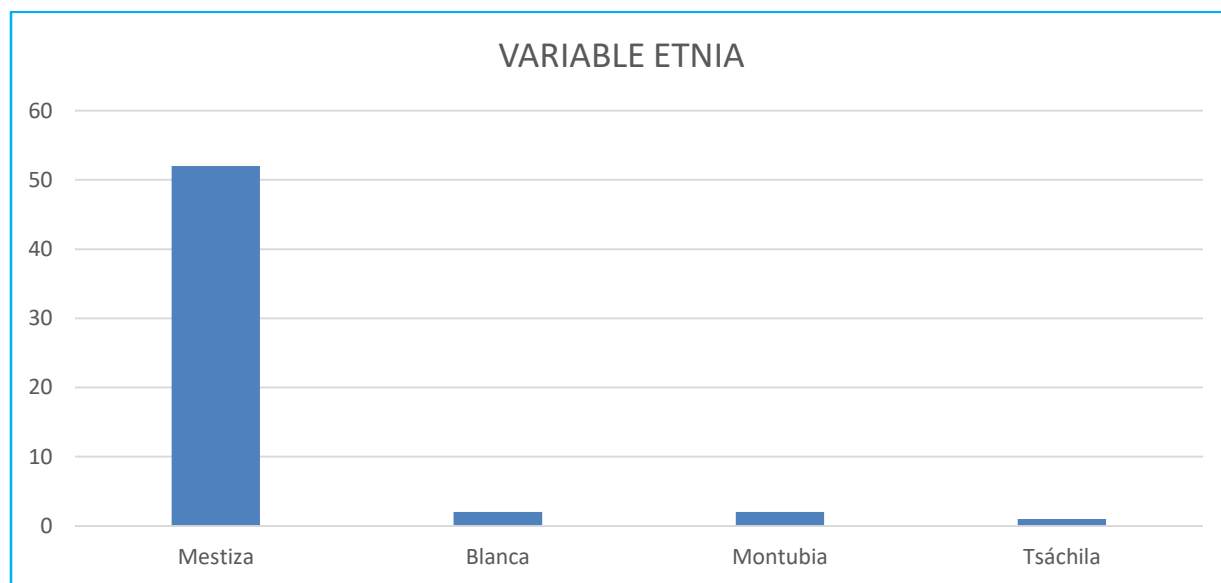
**Figura 8. Variable edad.**  
**Fuente:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

En el siguiente gráfico se puede ver la variable estado civil de nuestros 57 entrevistados en el centro de salud tipo C Los Rosales, observando 18 casadas, 8 casados, 2 divorciadas, 3 divorciados, 7 solteras, 6 solteros, 12 unión libre, 1 viuda.



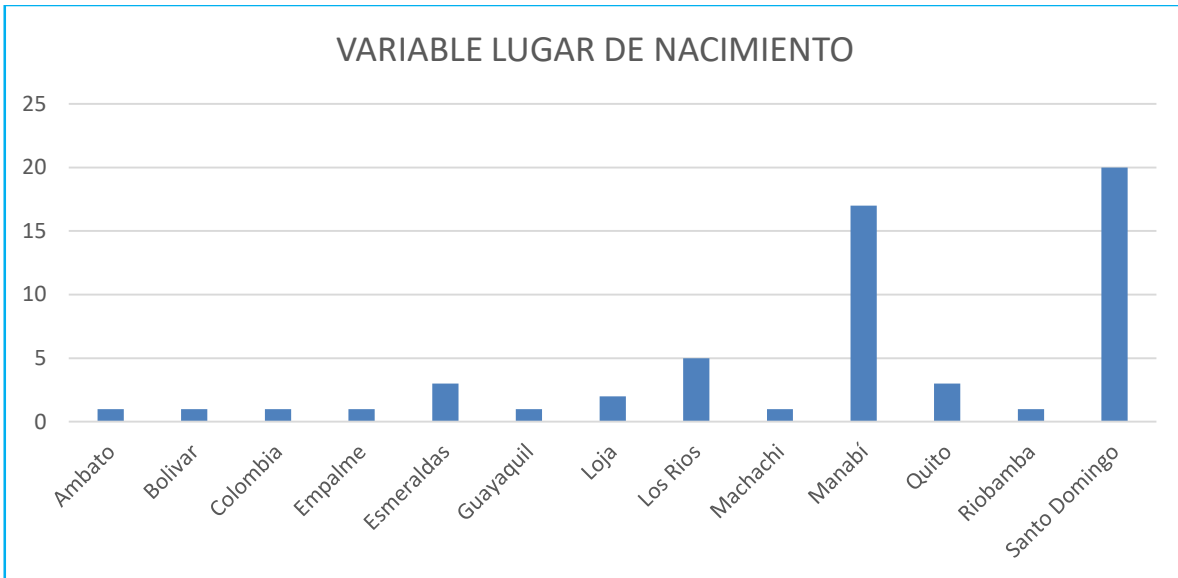
**Figura 9. Variable estado civil.**  
**Fuente:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

En el siguiente gráfico se puede ver la variable etnia de nuestros 57 entrevistados en el centro de salud tipo C Los Rosales, observando que 52 personas se identifican como mestiza, 2 blanca, 2 Montubia y 1 Tsáchila.



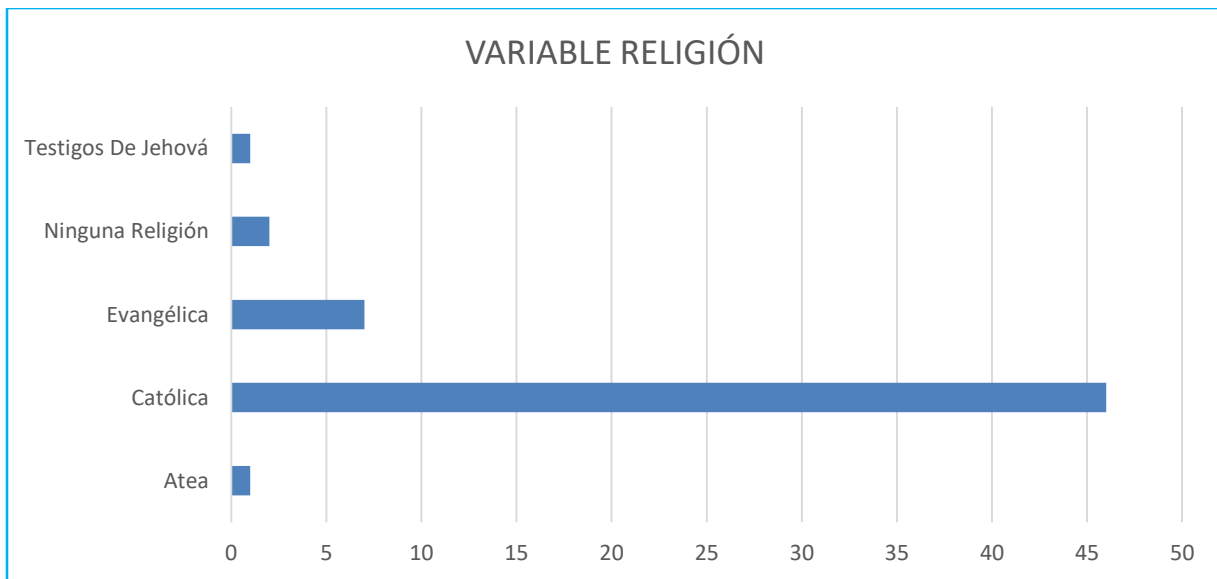
**Figura 10. Variable etnia.**  
**Fuente:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

En el siguiente gráfico se puede ver la variable lugar de nacimiento de nuestros 57 entrevistados en el centro de salud tipo C Los Rosales, observando que 20 personas nacieron en Santo Domingo, 17 en Manabí, 5 en Los Ríos, 3 en Esmeraldas, 3 en Quito, 2 en Loja, y le siguen 1 en Ambato, Bolívar, Colombia, Empalme, Guayaquil, Machachi, Riobamba.



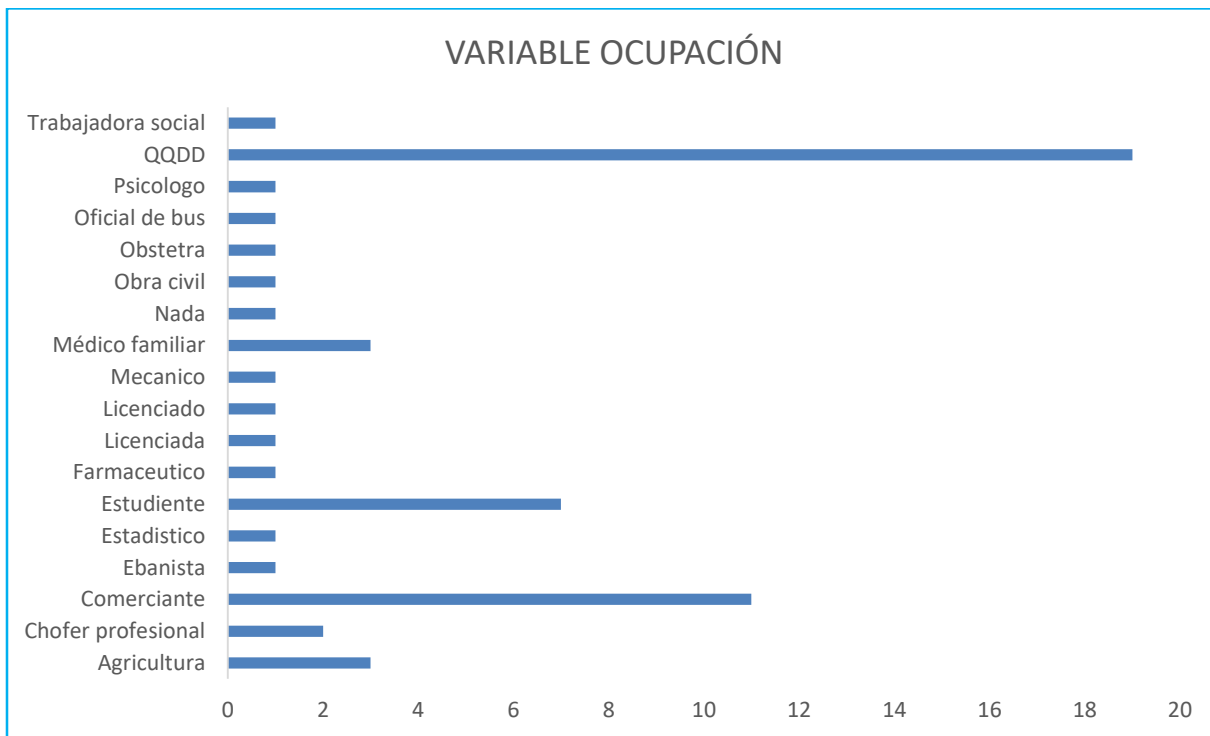
**Figura 11. Variable lugar de nacimiento.**  
**Fuente:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

En el siguiente grafico se puede ver la variable religion de nuestros 57 entrevistados en el centro de salud tipo C Los Rosales, observando la religion católica que más prevalece seguida de la evangélica.



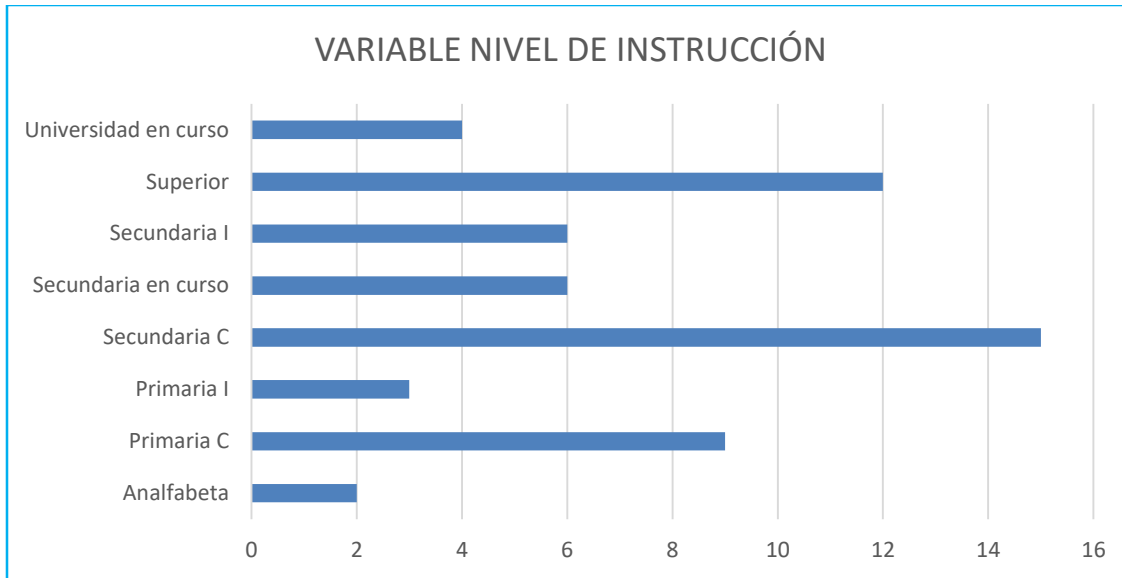
**Figura 12. Variable religión.**  
**Fuente:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

En el siguiente grafico se puede ver la variable ocupación de nuestros 57 entrevistados en el centro de salud tipo C Los Rosales, observando a los quehaceres domésticos como principal actividad laboral, seguida de comerciante, estudiantes, Médico familiar.



**Figura 13. Variable ocupación.**  
**Fuente: Datos de la investigación.**  
**Autor: Investigadores.**

En el siguiente grafico se puede ver la variable nivel de instrucción de nuestros 57 entrevistados en el centro de salud tipo C Los Rosales, observando que 15 personas tienen secundaria completa, 12 personas nivel superior, 9 personas primaria completa, 6 personas secundaria incompleta, 6 personas secundaria en curso, 4 personas universidad en curso, 3 personas con primaria incompleta y 2 personas analfabetas.



**Figura 14. Variable nivel de instrucción.**  
**Fuente:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

### **3.7.7 INFORMANTES: ETNOGRAFÍA SOBRE EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.**

#### **3.7.7.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES CUALITATIVAS.**

Teniendo en cuenta el objetivo principal de esta investigación el cual es describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el centro de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas, se plantearon las siguientes variables como : salud, salud mental, sexualidad, embarazo, parto, posparto, neonato, muerte, raza, etnia, diversidad cultural, consumo de sustancias, violencia social, tsáchila, interculturalidad, atención sanitaria, relación médico, paciente que nos permitieron complementar la información necesaria para dar respuesta a la hipótesis planteada, utilizando instrumentos tales como entrevistas semiestructuradas, grupos focales historias de vida.



**Tabla 16. Operacionalización de variables cualitativas.**

VARIABLE	DEFINICIÓN	TEMAS INDICADORES	INSTRUMENTO
SALUD	OMS (Organización Mundial de la Salud), se define la salud como el estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. (A. 2017)	Físico Mental Social	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
SALUD MENTAL	Según la OPS/OMS es “La condición de la vida humana que resulta de un armónico desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio”.(Aguilar, 2011)	Desarrollo intelectual Emocional Social	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
SEXUALIDAD	Sexualidad: Abarca el sexo, las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, las relaciones sexuales y la reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones.(Barreno, 2015)	Sexo Identidades Roles de genero Erotismo Placer Relaciones sexuales Reproducción	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
EMBARAZO	Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.(León, 2015)	Concepción Parto	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
PARTO POST PARTO NEONATO	PARTO: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal de un feto de más de 500 gr o más de 22 semanas vivo o muerto. (León, Yépez, Gordón & Armas 2015) POST PARTO: Período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las seis semanas. (MSP, 2013) NEONATO: Producto de la concepción que nace vivo. · Se usa el término desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.(Torres, Calderón & Albornoz, 2008)	Creencias Comportamientos	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida

MUERTE	<p>August Weismann (1834-1914). Hace una distinción entre causas externas e internas de muerte, señalando que con la edad ciertos cambios en los tejidos minan su funcionamiento y acaban por conducir directamente a lo que llamamos una muerte normal, o bien conducen indirectamente a la muerte, al hacerlo incapaz de resistir ante influencias perjudiciales externas de poca importancia. (Hernández, 2006)</p>	Creencias Comportamientos	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
RAZA ETNIA DIVERSIDAD CULTURAL	<p>RAZA: clasificación de las personas en grupos sobre la base de rasgos biológicos supuestamente homogéneos y sumamente superficiales, como el color de la piel o las características capilares. (Miller, 2011)</p> <p>ETNIA: El diccionario de la Real Academia Española dice que es una «comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.». (Gómez, 1998)</p> <p>Diversidad cultural hace referencia a la diversidad de costumbres, lenguas, tradiciones, comidas, etc., de cada uno de los pueblos de un país. (Aguirre, 2013)</p>	Autodeterminación Creencias	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
CONSUMO DE SUSTANCIAS	<p>Consumo de riesgo: patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Éste se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10.</p> <p>Consumo nocivo: patrón de consumo de una sustancia psicotrópica que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental. (MSP, 2016)</p>	Experiencia positiva Experiencia negativa	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
VIOLENCIA SOCIAL	Violencia de género: Todo acto de violencia basado en la	Sufrimiento psicológico	Entrevista semiestructurada

	<p>pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.</p> <p>Violencia intrafamiliar Es toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.(de la Torre et al, 2008)</p>	Físico Sexual	grupos focales historia de vida
TSÁCHILA	<p>El pueblo indígena Tsáchila, conocido por el termino castellano de Colorados por su costumbre de pintarse el cuerpo y el cabello de color rojo con achiote, vive en una región de montaña baja y clima subtropical en el cantón Santo Domingo de los Colorados.(Ventura et al,1997)</p>	Costumbres Creencias	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
INTERCULTURALIDAD	<p>El Consejo Nacional de Salud en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, define la interculturalidad como: <i>“la interrelación de los diversos viéndose iguales, con los mismos derechos frente a las distintas posibilidades de atención”</i> (Álvarez, 2012)</p>	Igualdad Creencias	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
ATENCIÓN SANITARIA	<p>Según la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo "intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones".</p>	Experiencia con el sistema de salud.	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	<p>La relación entre el médico y el paciente era ya entonces un formidable agente terapéutico utilizado con todo el empirismo y la ausencia de conocimientos científicos que es posible imaginar en los hombres de tan remota época. Sin embargo, esta relación ha ido cambiando a lo largo de la historia, conforme han sido sus transformaciones políticas, sociales y culturales, dando forma a lo que hoy podemos conocer. (Izurieta, 2015)</p>	Experiencias profesionales de y pacientes.	Entrevista semiestructurada grupos focales historia de vida

Elaborado por: Los investigadores.

### **3.7.8. ASPECTOS BIOÉTICOS.**

Se envió una carta de autorización a las principales autoridades de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE, al director del distrito de salud D02 y al director del centro de salud tipo C Los Rosales.

Antes de iniciar el estudio, se socializó el proyecto de investigación con los participantes en el centro de salud, se explicó el rol que cada uno cumpliría dentro de la investigación, como se tomaría la información; Es decir: a través de entrevistas semiestructuradas, grupos focales, historias de vida.

Se realizó un consentimiento informado para los sujetos entrevistados en donde consta que no se vulnerara los derechos humanos, y si está de acuerdo firma el mismo como autorización de su colaboración en esta tesis. No se divulgará identidad de los pacientes participantes con el fin de mantener su seguridad, integridad e intimidad, lo cual esta recalcado en el consentimiento informado.

### **3.7.9. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN ETNOGRÁFICA.**

La recolección se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, grupos focales, historias de vida, se utilizó una grabadora tipo periodista, formularios ya socializados y firmados con consentimiento de cada persona (ver anexos), los cuales contenían preguntas abiertas que nos permitió una mejor interacción con los entrevistados y de esta forma una obtención de información diversa y adecuada de acuerdo a sus experiencias.

### **3.7.10. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.**

A partir de la información etnográfica levantada se procedió a realizar el análisis y dar respuesta al cómo se construyen la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en la unidad de salud tipo C los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas.

### 3.7.11. IDENTIFICADORES DE LOS SUJETOS INFORMANTES.

Para este estudio se realizó la codificación respectiva de cada participante para para proteger su identidad salvaguardando sus derechos y haciendo respetar su consentimiento previamente firmado.

Se les codifico a las personas que intervinieron en entrevistas semiestructuradas, grupos focales e historias de vida, a continuación, se puede ver las tablas de cada grupo.

**Tabla 17. Identificadores de los sujetos informantes, entrevistas semiestructuradas.**

SEXO	EDAD	CODIGO
F	75	MMJG#F01
F	80	RABC#F02
F	52	PMAJ#F03
F	54	VCDM#F04
F	64	MCMA#F05
M	61	TAME#M06
F	70	ZZED#F07
F	72	QBRM#F08
M	71	VSJA#M09
M	75	SLG#M10
F	22	BCJR#F11
F	35	CDDL#F12
M	15	CCAA#M13
M	55	PCRY#M14
M	73	MVHJ#M15
F	27	VCSM#F16
F	32	MVDC#F17
F	19	MDVK#F18
F	19	SVLN#F19
F	40	RBGA#F20
M	72	SPGD#M21

M	67	FMI#M22
M	51	LGCT#M23
F	48	NAOE#F24
F	15	BERM#F25
F	20	CPJK#F26
M	40	CCJA#M27
M	37	STD#M28
F	31	GCRI#F29
M	28	GZAV#M30
F	20	PZDG#F31
M	33	MACJ#M32
M	15	RADH#M33
M	16	ABBR#M34
M	21	BANA#M35
M	45	PHFE#M36

**Fuente:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

**Tabla 18. Identificadores de los sujetos informantes, grupo focal 1.**

SEXO	EDAD	CODIGO
F	17	RGL#01
F	20	RGAI#02
M	53	RELW#03
F	34	MAAL#04
F	44	GSPY#05
F	53	GVQY#06
F	65	MMSF#07
F	65	HTMD#08

**Fuente:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

**Tabla 19. Identificadores de los sujetos informantes, grupo focal 2.**

SEXO	EDAD	CODIGO
M	30	MTVD#PS
F	36	CVMG#MF
M	59	LTCO#MF
F	29	MMLM#OB
F	39	ATJM#TS
F	36	BPMB#MF
F	38	MCYV#LC
F	26	RCLL#FF
F	40	MDMM#EA
M	32	AJLA#LC

**Fuente: Datos de la investigación.**

**Autor: Investigadores.**

**Tabla 20. Identificadores de los sujetos informantes, historia de vida.**

SEXO	EDAD	CODIGO
F	43	SADG#PSD
M	75	AOC#TSACHILA
M	30	PMJG#EXTRANJERO

**Fuente: Datos de la investigación.**

**Autor: Investigadores.**

### 3.7.12. INDICADORES CUALITATIVOS.

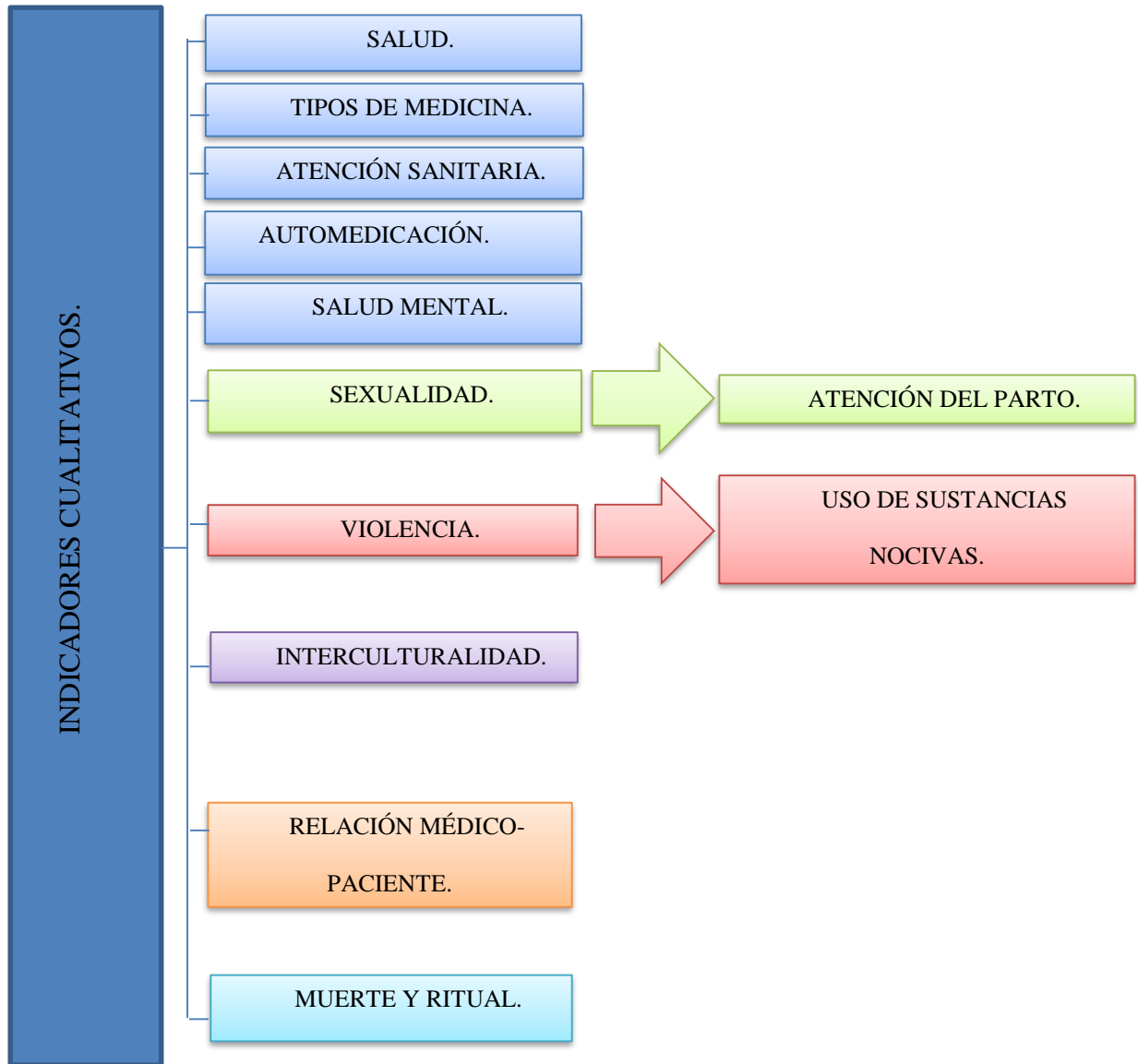


Figura 15. Indicadores cualitativos.

Fuente: Datos de la investigación.

Autor: Investigadores.



### 3.7.12.1. INDICADORES CUALITATIVOS DEFINIDOS.

Dentro de esta investigación se recopiló los conceptos de: salud, tipos de medicina, atención sanitaria, automedicación, salud mental, sexualidad, atención del parto, violencia, uso de sustancias, interculturalidad, relación médico paciente a través de la cosmovisión de cada sujeto entrevistado, lo que se puede ver en la siguiente tabla.

**Tabla 21. Indicadores cualitativos definidos.**

<b>1</b>	<b>Salud</b>	La diversidad de las opiniones de nuestros informantes sobre la percepción de la salud es el estado del ser humano de estar bien, indispensable para realizar las actividades de la vida diaria, es el no tener enfermedades y para ello se debe prevenir con chequeos médicos, buena alimentación y hacer actividad física.
<b>2</b>	<b>Tipos de medicina</b>	Nuestros entrevistado tienen una concepción sobre la medicina entendiendo a esta como aquel arte de curar al ser humano a través de distintos métodos entre estos tenemos a la medicina occidental aquella que emplea el médico con conocimiento científico y medicina química, la medicina natural aquella que utilizan los empíricos, chamanes, curanderos, homeópatas, entre otros como plantas, brebajes, animales con el mismo fin preservar la salud.
<b>3</b>	<b>Atención sanitaria.</b>	Según los entrevistados se entiende como aquel proceso que debe tener un usuario dentro del sistema de salud para ser atendido, como el sacar un turno a través de llamadas o hablar con el personal de estadística quien puede brindar una cita si no acude algún otro paciente; además se entiende como atención todo servicio que se presta en el centro de salud, y con ello se consigue la resolución de sus problemas por los cuales solicitan una atención para distintas enfermedades y como se lo consiga, sea este en forma de tratamiento y/o referencias a distintos niveles de atención.
<b>4</b>	<b>Automedicación.</b>	Los entrevistados dijeron que es tomar cualquier sustancia sin prescripción médica, desconociendo los efectos que esta puede causar en su cuerpo; esto se debe a la falla en el sistema de salud al tratar de conseguir atención médica conduciendo a la persona enferma a acudir a farmacias o centros naturistas y comprar cualquier sustancia que alivie sus síntomas.
<b>5</b>	<b>Salud mental.</b>	Según los informantes algo desconocido, misterioso que se relaciona con la mente y que en ocasiones puede estar relacionado con necesidades sexuales, estado de ánimo y estado emocional.
<b>6</b>	<b>Sexualidad.</b>	Para los entrevistados es un tabú, es algo que no se puede explicar de forma fácil, está determinada por el acto sexual, el pensamiento, los sentimientos, entre dos personas.
<b>7</b>	<b>Atención del parto.</b>	Los entrevistados entienden que es el instante en que una mujer da a luz a un nuevo ser y es este instante en donde una persona sea médico o partera ayuda a que salga del vientre.

8	<b>Violencia.</b>	Según informantes es todo aquel acto ofensivo que causa daño tanto físico como psicológico en una persona y esta infundido por agentes externos como por ejemplo el consumo de sustancias nocivas.
9	<b>Uso de sustancias nocivas.</b>	Los entrevistados dijeron que es el consumo de tabaco, alcohol o drogas las cuales causan efectos indeseables en la salud de la persona que la consume, afectando también su vida social.
10	<b>Interculturalidad.</b>	Los informantes la definen como el intercambio de costumbres, creencias, idiomas que se debe respetar.
11	<b>Relación médico paciente.</b>	Para nuestros entrevistados esta se da desde el primer contacto que tienen con el médico desde el saludo cordial, amable, la presentación del médico y la empatía que logre tener para poder dar una buena atención.
12	<b>Muerte y Ritual</b>	Según este estudio es el proceso final de la vida de cualquier persona, que se puede dar de distintas formas y se considera un momento de gran dolor para todas las personas más cercanas de aquel que murió. También se la puede definir como el paso del alma a otro mundo desconocido conocido por algunos como el cielo o el infierno; y a este se le añade costumbres o rituales como un acto simbólico dentro de cada familia para despedir a aquella persona que muere está enmarcado desde el momento que fallece hasta el año, es así que tenemos en primera instancia el funeral o velatorio que puede ser de 1 a 3 días periodo en el cual se caracteriza por estar acompañado de mariachis con sus cantos, rezos, vestimenta de luto de color negro, vestimenta para el muerto, otro tiempo es el funeral que también está acompañado por cantos y rezos más una celebración religiosa para despedida en el cementerio, por último el proceso en el cual la familia continua en casa con misas en las iglesias hasta completar el año.

**Fuente: Datos de la investigación.**

**Autor: Investigadores.**

### **3.7.13. WORDSALAD.**

Es un programa, el cual se lo aplico dentro de este estudio para poder determinar en forma gráfica un panorama correspondiente a pensamientos de nuestros entrevistados sobre los temas en relación a la investigación, y se lo logro ingresando los relatos de cada uno, inmediatamente este programa generó una nube de palabras que explican el tema a ser tratado, esto fue incluido dentro de los resultados obtenidos visualizándolo en el inicio de cada capítulo.



**Figura 16. Wordsalad.**  
**Fuente: Google.**

### **3.7.14. MODELO GRÁFICO SISTÉMICO DE SALUD/ENFERMEDAD DE GIDDENS (2004).**

Este esquema fue tomado como referencia en cada capítulo para determinar las influencias culturales y materiales que inciden sobre cada uno de los temas tratados con los entrevistados, para esto se tomaron en cuenta los testimonios de cada persona donde se observó una variedad de influencias personales y socio culturales que ayudaran al personal de salud tanto del centro de salud tipo C Los Rosales como a otras instituciones para entender los diferentes comportamientos de los individuos dentro del contexto de la salud.

A través de este esquema nos permite tener una visión macro y micro de la interacción que existe entre el sistema sanitario con el individuo y su contexto, y es por eso la importancia de entender cómo va cambiando el contexto de la salud dentro de la población a medida que avanza en su curso de vida.

**Figura 6.2 Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud**

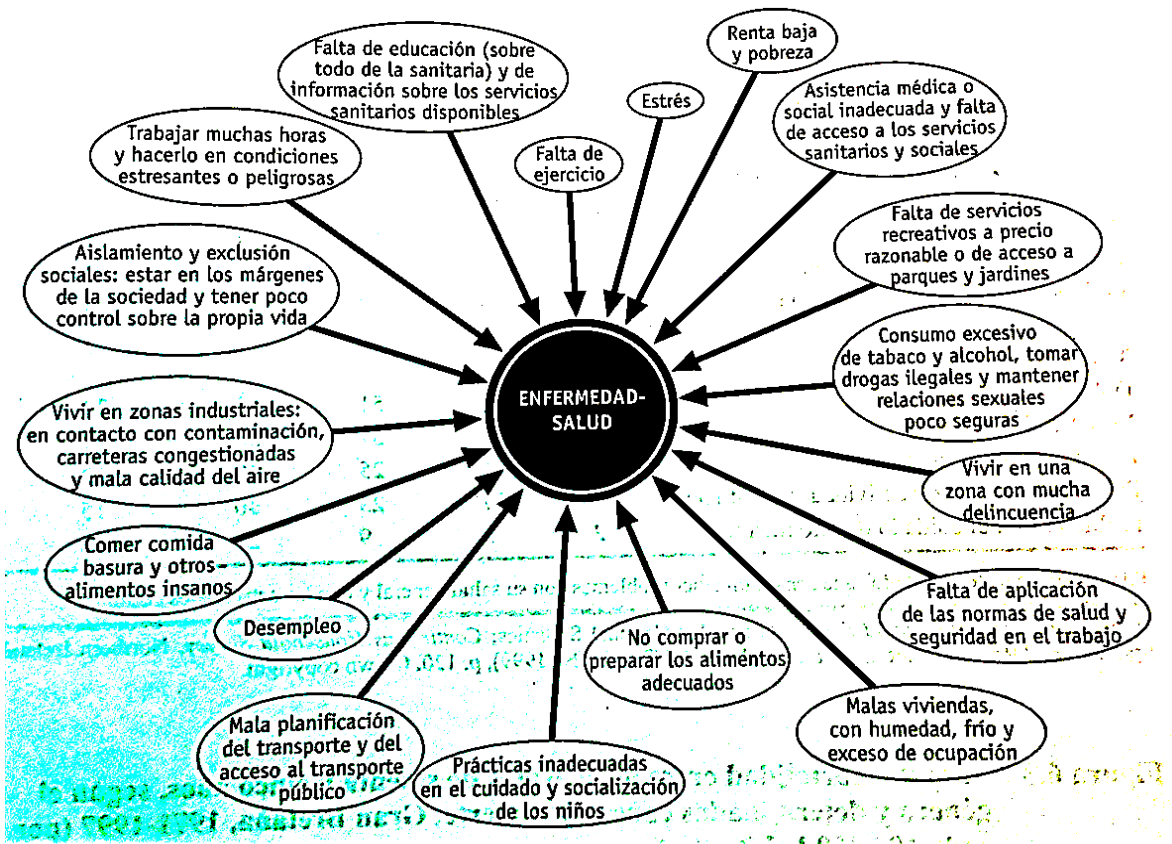


Figura 17. Modelo gráfico sistémico de salud/enfermedad  
Fuente: Giddens (2004).

### 3.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

- ✓ Para una persona el realizar una investigación de tipo cualitativo y que no está familiarizado con este método, puede convertirse en una gran limitante a la hora de desarrollarla.

- ✓ El obtener la información completa y precisa en algunas personas fue difícil en el sentido de la falta de privacidad que se pudo conseguir en el centro de salud, por lo que tuvo que concordar visitas a los domicilios.
- ✓ En algunos pacientes presentamos inconvenientes durante las entrevistas ya que por interrupciones sentían timidez o miedo al hablar de ciertos temas lo que nos llevó a buscar entrevistas extras y ampliar el número de entrevistados lo que se deja constancia que al inicio se tomaría para entrevistas semiestructuradas a 30 personas al final de la investigación se amplió a 36.
- ✓ En el grupo focal 2 se tenía planificado la participación de 8 personas, pero en vista de que sus labores dificultaban la colaboración por el tiempo se solicitó la ayuda a dos personas más para garantizar la presencia de los 8, y al final obtuvimos la presencia de 10 personas.
- ✓ La historia de vida del tsáchila fue difícil ya que se encontró una barrera tanto en el lenguaje como en la reacción de desconfianza de miedo puesto que no les gusta dar información fácilmente, en este caso tuvimos que apoyarnos en un familiar que vive cerca a la comunidad de nuestro informante y de paso recibimos la ayuda de un integrante de la familia tsáchila que domina el español y el tsafiki.
- ✓ Al inicio de la investigación se pensó tomar en cuenta a personas de la cultura Awá, pero en vista de su ausentismo al centro de salud se decidió solo tomar entrevista a la cultura tsáchila.



Como concepto universal, se tiene tal vez el concepto más acabado en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su carta fundacional de 1948: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” (Guerrero & León, 2008, Pág. 612).

Se logró observar que para las personas de este estudio existen determinantes externos e internos que inducen a un impacto positivo o negativo, puesto que el ser humano se encuentra inmerso en diferentes sistemas refiriéndonos a estos como, el sistema familiar, social, educativo, laboral, religioso, entre otros como se lo puede ver en los siguientes relatos.

*La salud debería ser primordial en todos los países, no solamente en el de nosotros porque si el individuo, el paciente está bien puede ser efectivo y puede ser productivo para una sociedad, pero si el paciente no está bien estamos hablando de que tenemos ausentismos laborales, faltantes de trabajo, faltante a nivel de desarrollo del país. Todavía nosotros a nivel de lo que es la salud que no solamente es un bienestar físico, social sino también el no tener enfermedad estamos un poco lejos de llegar a ese objetivo.*

*(Testimonio de médica familiar de 36 años, de manta, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

*Salud aparte de que es el bienestar físico de la persona, es cuando la persona también no tiene ningún tipo de malestar que sienta, se siente totalmente estable. Teniendo buena alimentación, realizando ejercicio, yo me realizo chequeo médico cada seis meses por rutina no tanto porque tenga que hacerlo obligatoriamente.*

*(Testimonio de femenina de 20 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

La identificación de necesidades y prioridades en salud conllevan a realizar medidas de apoyo como programas de promoción y prevención por parte del estado respetando a la salud como el derecho que tienen las personas sin distinción de sexo, etnias ni creencias políticas ni religiosas. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008, Pág.17).

*La salud es lo más esencial para uno, porque uno cuando se siente mal acude a un centro médico a un hospital para que lo atiendan.*

*(Testimonio de masculino de 53 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

*Que si uno lleva una vida sana, a uno le enseñaban los padres a cuidarse, hacer ejercicio y la alimentación, prevenir enfermedades como ahorita se habla eso de la presión alta , de la enfermedad del azúcar, del colesterol y todo eso pues obviamente uno tiene que hacerlas desde joven, y ahora entiendo de que las personas viejas en este caso serían nuestros abuelos, bisabuelos llegaban hasta edades de noventa a cien años, sería por el hecho de que ellos llevaban una vida saludable , yo creo que en ese tiempo de ellos no había ni siquiera tantos químicos como los que hay ahora en este tiempo.*

*(Testimonio de Colombiano de 30 años, historia de vida)*



*Para mí es un punto muy importante para los seres humanos para tratarnos las enfermedades y saber que está pasando con nuestro cuerpo o nuestro organismo y nuestra salud, es importante de cuidarnos, los beneficios son para uno para nadie más.*

*(Testimonio de masculino de 51 años, de Caluma Bolívar, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Para nuestros informantes salud significa lo más primordial que posee el ser humano ayudándolo a ser más proactivo en el lugar donde este se encuentre.

Hay que saber preservar la salud por medio del cuidado, realizando actividad física, tener una buena alimentación.

La salud y la enfermedad son acontecimientos significativos para las personas, por eso no tendría que sorprender que la forma en la que la gente entiende las causas de la enfermedad, como se comporta y que recursos pueden utilizar ante estos acontecimientos sean parte extremadamente importantes de la cultura (Lipovetsky & Lain, 2004, Pág 1432-Revista Médica de Chile).

*Doctorcita y doctor la salud es primordial para todo ser humano porque usted con salud puede tener maravillas puede hacer cosas, pero sin salud nos sentimos mal hasta de estorbos. Ahora, que pasa que usted tenga un millón de dólares y no tiene salud de que le ha servido, de estorbo más bien, y usted que ha aprovechado esa plata nada, y si tiene hijos llevan los hijos los familiares y sino el estado y ya.*

*(Testimonio de paciente masculino de 67 años, de Loja, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*En mi caso mi familia hacemos deporte, pero de ahí en la alimentación es complicado porque te crías en una cultura de la comida chatarra, incluso en la propia casa se come comidas grasosas, poco a poco sería de alimentarse con vegetales, pero no tenemos esa cultura.*

*(Testimonio de masculino de 33 años, de Esmeraldas, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Con respecto a la comparación de edades presentada por los informantes, se demuestra que en generaciones pasadas las personas longevas alcanzaban edades mayores a noventa años, llegaban saludables al no existir tantos alimentos procesados con químicos cosa que no pasa en los tiempos actuales, teniendo más enfermedades metabólicas como la diabetes e hipertensión las cuales aumentan la mortalidad en edades tempranas.

Con lo expresado por nuestros informantes y la diversidad de opiniones entorno a la salud nos demuestra que la importancia en mantener hábitos saludables como tener una buena alimentación, hacer ejercicio, no consumir sustancias nocivas como el tabaco, alcohol o drogas y acudir a controles médicos es lo fundamental para mantenerse bien sin enfermedades y poder ser más proactivos para una sociedad sin olvidar que el estado debe de garantizar el derecho a la salud.

#### 4.1.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA SALUD.

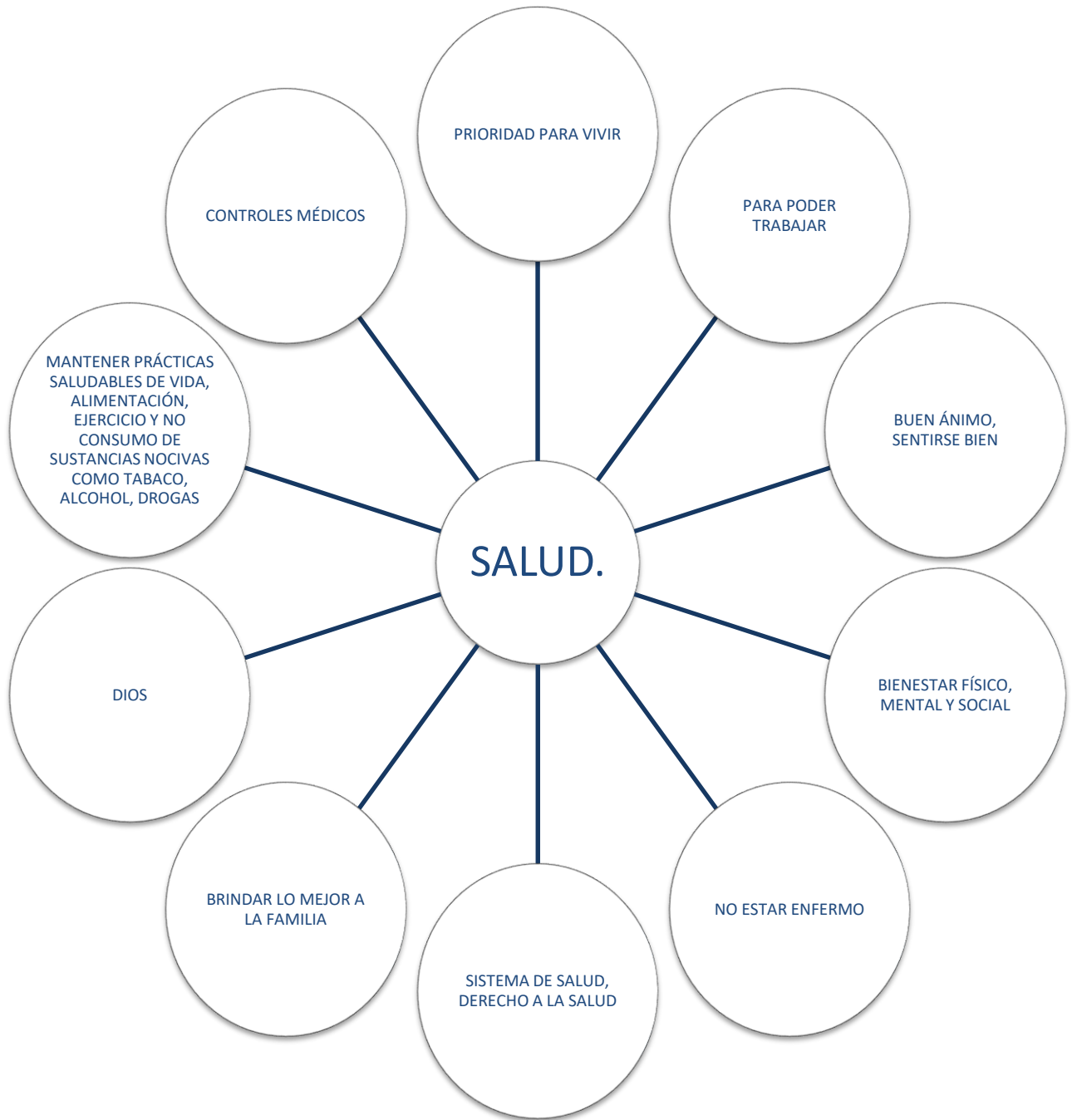
**Tabla 22. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la salud.**

<i>Lo primero, lo que yo pido a Dios la salud.</i>
<i>Es lo primero de un ser humano porque sin salud no hacemos nada.</i>
<i>La salud es importante porque usted sabe que uno con salud puede trabajar, viajar, cuidar a los hijos ser indispensable eso es lo interesante.</i>
<i>Porque si uno no tiene salud no tiene vida.</i>
<i>para mí la salud es todo porque tengo que estar bien de ánimo por dentro por fuera.</i>
<i>La salud muy importante para las personas porque sin salud no somos nadie.</i>
<i>somos tan necios que no nos importa que comemos hasta basura y ese es el problema que tenemos nosotros.</i>
<i>Salud es algo valioso, porque primero es la salud y hay que cuidarse.</i>
<i>En la juventud uno no toma precaución muchas de las personas nos descuidamos por eso ahorita tenemos que pasar esos calvarios.</i>
<i>Salud aparte de que es el bienestar físico de la persona, es cuando la persona también no tiene ningún tipo de malestar.</i>
<i>El gobierno tiene tu sistema de salud que se maneja por hospitales.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

### 4.1.3. SALUD EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 19. Salud en el centro de salud tipo C Los Rosales.**  
**Elaborado: Datos de la investigación.**  
**Autor: Investigadores.**

## 4.2. CAPÍTULO TIPOS DE MEDICINA.



Figura 20. Tipos de medicina.  
Elaborado: Wordsalad.  
Autor: Investigadores.

En la figura 20, se observa la palabra Huevo en el centro, seguido de mal aire, limón, mamá, sobo, susto, Abraham, medicina, niño, niña, fiebre, familia, agua, montes, cura, dolorcito, personas, tsafiki, funciona, curandero. Esto hace ver que la cultura latina en especial la ecuatoriana es muy apegada a sus raíces ancestrales utilizando a la naturaleza y sus energías para dar explicación a enfermedades que la medicina occidental no logra resolver, como también observamos que la utilización del huevo combinada con hierbas es lo más utilizado a la hora de realizar las limpiezas en los pacientes del centro de salud tipo C Los Rosales.

### 4.2.1. ME CURABAN EL MAL AIRE Y EL MAL DE OJO CON EL HUEVO Y CON

#### HIERBAS.

En la historia de la medicina se encuentran distintos caminos que conducen de la enfermedad a la salud, encontrando prácticas basadas en la evidencia, como de tipo empíricas o ancestrales.

La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.7).

Los términos “complementaria” y “alternativa” (y a veces también “no convencional” o “paralela”) se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.8).

De la misma forma, desde que la homeopatía y los sistemas quiroprácticos se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, tras la introducción de la medicina alopática, no están clasificadas como sistemas de MT ni se incorporan en los modos dominantes sanitarios de Europa. En su lugar, se refiere a éstas como una forma de MCA (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág.8).

En el Ecuador, al ser un país pluricultural lleno de diversidad de costumbres, rico en el campo etnográfico, se aprecia grupos indígenas como los Tsáchilas en la provincia de Santo Domingo donde se reconoce sus prácticas de sanación a través de rituales con plantas y bebidas por medio de un curandero o poné, y otras medicinas como la natural o a través de plantas como la llaman nuestros informantes.

*Mi sobrino que tenía infección y mi mamá sabia de unos remedios caseros con unos montes, y le dieron y le paso la infección, los doctores no le daban con pastillas o sea le daban pastillas, pero no le hacía nada seguía el niño con fiebre, mi mamá cogió y le dio*

*como cinco montes, pero cuando no hay todo se le pone así sea solo la guayaba con limón y bicarbonato y le dio y le paso, el niño se recuperó.*

*(Testimonio de femenina de 22 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Mi mamita a veces cuando por ejemplo me pongo mal me duele la cabeza me salen ojeras salgo muy temprano o sea y me dice que es mal aire me soba la cabeza con un huevo y con un poquito de ruda con trago, también para la tos sabe mi mamita rallar rábano, ajo, cebolla y una cucharita de miel de abeja lo deja serenando y al otro día me da eso; con respecto al huevo son los tres días hay que sobarle los tres días y la cucharita o sea la primera sabe feo, pero si cura bastante a los dos días ya está uno papelito, lo clásico para el dolor de estómago el agua de orégano y el agua de manzanilla.*

*(Testimonio de masculino de 15 años, del Empalme, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

La enfermedad no se explica por razones puramente de carácter natural, es decir, no constituye un acontecimiento que involucre únicamente un desequilibrio en la esfera de lo orgánico o la sola presencia de afecciones corporales y somáticas, para algunos existen enfermedades como el mal aire, el mal de ojo, el espanto, relacionadas con las malas energías, cada una de estas con características manifiestas en el organismo del individuo enfermo, las cuales conduce a acudir donde personas o curanderos que a través de diferentes técnicas de sanación logran mejorar su estado de salud, como lo dicen nuestros informantes.

*Medicina de casa o natural que a veces si funciona es como la medicina con las pastillas a veces funciona y a veces no funciona, bueno prácticamente a más de una tos, una gripe, un dolorcito de cabeza, un dolorcito de barriga, eso por ejemplo un dolorcito de cabeza a veces les pongo limón se les quita, cuando les duele la barriga les hacemos una agüita digamos de orégano de anís o manzanilla así esas son las que más se usan, Por ejemplo, cuando mis hijos están decaídos, les duele mucho la cabeza nosotros decimos que están ojeados le sabemos sobar un huevo, con ruda, con mentol, con menticol, con esas cosas yo tengo un trago aliñado con esos montes yo vengo cojo un huevo y le sobo a mis hijos y se le pasa entonces es una creencia, será la fe, pero se les pasa.*

*Bueno hay personas que tienen ese don para curar, pero aquí en mi casa no recurro a ellos porque cobran, entonces yo solo pongo en manos de Dios, yo mismo vengo y les sobo a mis hijos y ya. Cuando mis hijos han estado bien malitos, y a veces les sobo y no les pasa entonces yo ya voy donde los curanderos y ellos me dicen es susto, es mal aire, mal aire de muerto, entonces uno ya ve con que más o menos les hacen y uno lo practica o sea yo vi y les practico a mis hijos les sobo con vela con mentol y les pasa y entonces uno ya se ahorra eso (se ríe), y si mi hijo me ve él va a recordar mi mamá nos hacía esto has esto y así poco a poco va esa como digamos esa enseñanza.*

*(Testimonio de femenina de 35 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Para otras personas la curación a través de sustancias naturales no tiene sentido encontrando solución en la medicina occidental o medicina basada en evidencia como lo cuenta el siguiente relato.

*yo le soy sincero a mí me hablan de cosas naturales y yo si he tomado, pero no veo ningún beneficio, yo a partir de la insulina el cambio fue total, el ánimo e incluso el trabajo como*



*que me rindió más yo si antes andaba decaído no me bajaba el azúcar, pero yo dije si uno quiere estar bien hay que estar con un doctor pendiente que nos dé medicamentos, y no estar tomando cosas que ni sabemos que pueden hacer en nosotros.*

*(Testimonio de masculino de 55 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Anteriormente los tsáchilas vivían antes de que formen las comunas en un núcleo familiar liderado por un poné (chamán), él era el líder político y religioso, era el único que sabía los lugares malos y los buenos porque tenía suficiente poder energético para mantener un contacto con la naturaleza. (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 120).

Las costumbres, las enseñanzas de otras formas de medicina de cada generación son el pilar en el campo de la salud de cada familia encomendándolo todo a un ser superior como Dios el cual puede responder de forma positiva o negativa a través de diferentes prácticas que incluye a los médicos dado el caso de que exista fracaso en ello sería un designio divino y es así como lo ven las personas.

*Había en ese tiempo curandero bueno allá llevábamos en ese tiempo a hacer curar, él poné (le llaman al chamán) antes era el bueno Abraham Calazacón. También Había el gringo médico que de vez en cuando venía con medicina para curar. A hermano mordió culebra Abraham le curo con vegetales, pero no curo y él se fue a hospital viejo a centro y ahí le dieron suero antiofídico. Antes de ir a los médicos primero se suele realizar una limpia con plantas y preparados es lo que nos enseñó Abraham y él nos decía que primero hagan eso antes de ir a donde los mestizos, pero eso se está perdiendo con los jóvenes que están saliendo al centro ya no hay poné bueno como antes. (habla en tsafiki, hijo traduce).*

*(Testimonio de Tsáchila de 75 años, historia de vida)*

Para la mayoría de entrevistados la práctica de medicina ancestral con utilización de huevo, hierbas, vegetales, bebidas y demás objetos es una alternativa para encontrar el camino hacia la sanación de enfermedades inexplicables para la medicina basada en evidencias, ocasionando controversias a la hora de decidir la forma de curación, se lo puede ver claramente he incluso en los indígenas tsáchilas que creen que antes de ir a un médico se debe de realizar una limpieza.

En personas más jóvenes se aprecia una brecha en el conocimiento de prácticas ancestrales ya que ellos más creen en la medicina occidental a pesar de que sus padres son creyentes de otras formas de medicina.

La medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. El uso de la medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo, mientras que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados. En muchos lugares del mundo, los responsables de las políticas, los profesionales sanitarios y el público se debate con preguntas sobre la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad, la preservación y con el desarrollo de este tipo de atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág. 1).

Para toda cultura el sentido de pertenencia lo dan sus costumbres formadas desde sus antepasados, dentro de las distintas formas de medicina se observa que los pueblos latinos tienen ese sello característico de creencias espirituales llenas de misterio, inexplicables para unos, pero el sentir a la naturaleza una fuente que proporciona energía, equilibrio, un tesoro lleno de materiales útiles para transformar esas malas energías que le ocasionan a las personas enfermedades que los médicos no pueden curar es el caso del espanto, el mal de ojo, el mal aire y viéndolo desde otro

punto de vista la medicina ancestral, tradicional, natural como quieran llamarlo es más asequible y accesible como lo cuentan nuestros entrevistados.

En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la medicina tradicional (MT) se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág. 2).

La medicina tradicional (MT) es a veces la única fuente asequible de atención sanitaria, especialmente para los pacientes más pobres del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2002. Pág. 2).

#### **4.2.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A TIPOS DE MEDICINA.**

**Tabla 23. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a tipos de medicina.**

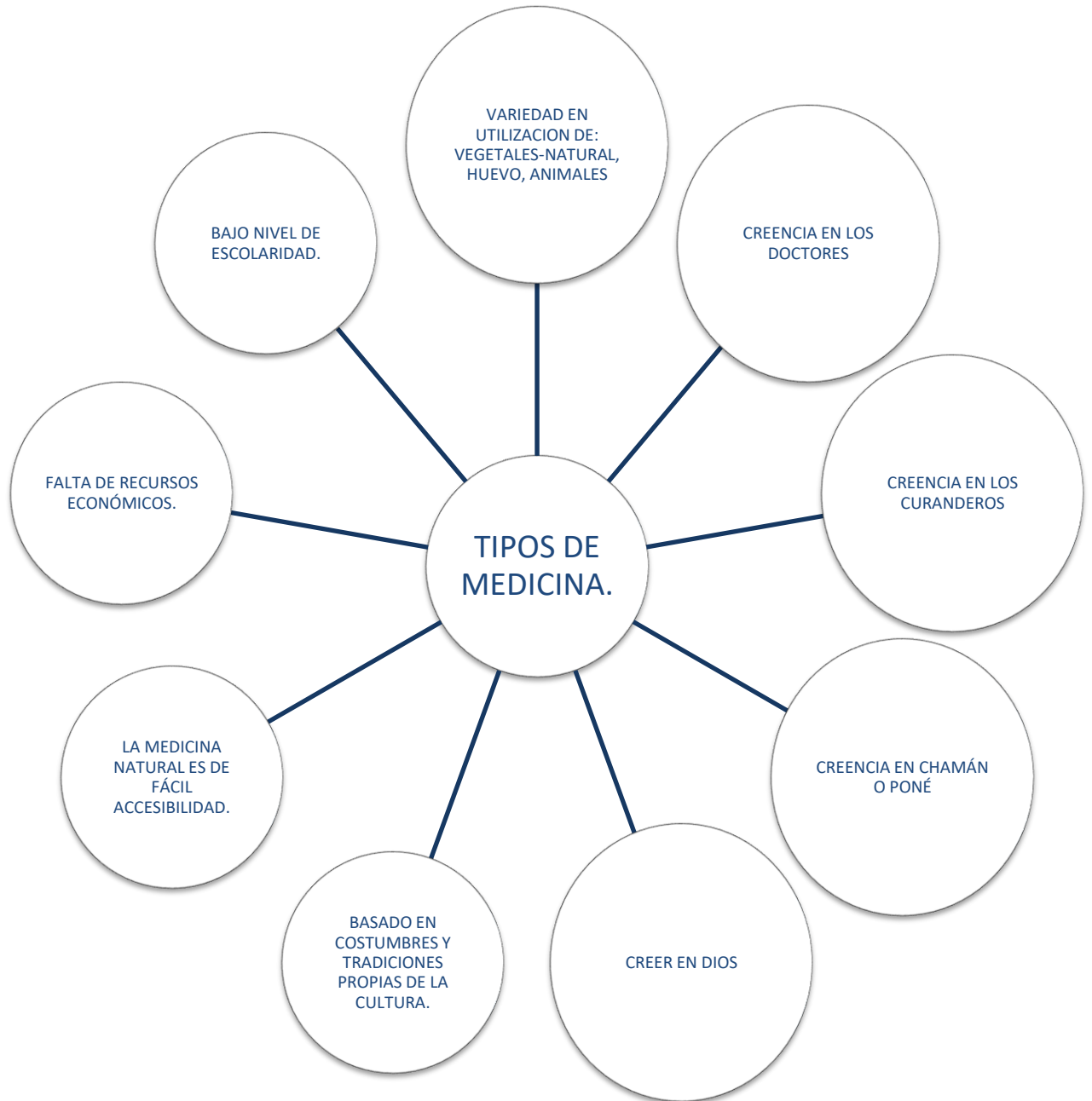
<i>La medicina esa no cura rápido sino a largo tiempo y si es buena si he visto resultados.</i>
<i>Cuando no me hacen los remedios me voy donde el naturista y con eso paso también mejor.</i>
<i>No me tomo nada de cosas que sean por ejemplo de naturales porque no se a que me estoy exponiendo.</i>
<i>Yo he escuchado, pero no he comprado otra medicina fuera de la que me dan aquí.</i>
<i>Mi abuela tenían la creencia que antes de llevar a un médico primero se le soba un huevo.</i>
<i>Naturales no mucho porque hasta eso viene con químicos y siempre usábamos de la mata a la olla.</i>
<i>Como decía una persona una vez no tanto cura la medicina si no la fe que se le tiene a la persona.</i>
<i>En mi familia mi mamá si cree, pero yo no creo en eso del espanto, para mí una cosa es Dios y los médicos.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

### 4.2.3. TIPOS DE MEDICINA PARA LAS PERSONAS EN EL CENTRO DE SALUD

#### TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 21. Tipos de medicina para las personas en el centro de salud tipo C los Rosales.**

**Elaborado: Datos de la investigación.**

**Autor: Investigadores.**



vivir dentro de una localidad determinada solicitar turnos a través de llamadas en el caso de una valoración por consulta externa y si es caso de emergencia el cumplir criterios establecidos en una escala de valoración de emergencias para que pueda ser atendido. La forma como lo ven nuestros informantes es detallada a continuación.

*Yo si recomiendo a cualquiera que venga porque francamente a mí será por lástima, que será, ningún doctor me ha tratado mal, me han atendido de lo mejor y la doctorcita dirá mi comportamiento, cuando yo he venido mi manera de pedir el favor que me atiendan también eso depende yo soy agradecida con el centro de salud, exámenes para detectar diabetes colesterol me han hecho.*

*(Testimonio de femenina de 80 años, de Machachi, residente en Santo Domingo de los*

*Tsáchilas)*

*Mis problemas de salud si se han resuelto, y yo pienso que es un alivio una gran ayuda que en el dispensario nos hagan el chequeo mensualmente, nos den los medicamentos, nos ayudan a ahorrar dinero, yo me alegro de que muchas personas tengan atención, yo veo a personas que reniegan, que dicen que la atención es mala, que la medicina es mala, pues eso no es así, les digo demos gracias que nos están atendiendo aunque no hay la medicina pues hacemos el esfuerzo y la compramos, nos están aliviando una carga hacen ahorrar mucho dinero y uno piensa que con el tiempo la enfermedad va avanzando y si está más grave lógico que va a gastar mucho más, particularmente rogar al gobierno que no se olviden de seguir dando el medicamento.*

*(Testimonio de masculino de 55 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

El sistema de salud en la provincia Tsáchila, está segmentado por los sectores público y privado. En nuestro territorio se tiene la presencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA y otros establecimientos de salud privados (GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS., 2015-2030, Pág.91).

Con el devenir de los tiempos las políticas de estado han generado cambios en el servicio de salud, lo que ha ocasionado reproche en la población que en su mayoría no tiene un buen nivel cultural, como lo tienen países anglosajones en donde el sistema de salud es más organizado, es por esto que se produce inconformidades a la hora de solicitar atención en cualquier entidad de salud llegando en ocasiones a enfrentamientos basados en agresiones verbales hacia el servidor público o privado. Esto lo vemos a continuación con los relatos de un paciente y un trabajador viendo que hay distintos puntos de vista.

*La atención en el centro de salud antes era mejor ahora está un poco mal en verdad está mal, uno llega a la consulta y si solo viene por la receta le dan la receta y le mandan no hay la atención que antes recibíamos, como personas que somos, ellos nos revisaban de los pies a la cabeza ahora ya no hay eso, ahora solo llegamos nos sentamos y si usted viene por la medicina nos dan la receta y nos mandan eso está mal.*

*(Testimonio de femenina de 52 años, de Ambato, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Al momento de ir a la atención como en ventanilla en estadística o en farmacia el paciente por decirlo en palabras más jaquéales se despapaya (hablar o expresarse libremente), el paciente llega y dice para esa tontera que me dan de nuevo, y otras palabras que no se las*

*puedo decir por respeto a cada uno de ustedes , entonces cuando llegan hacer eso a uno le toca hacer caso omiso porque no te puedes poner de tú a tú con un paciente pero ahí llega otra paradoja, cuando no hay la mediación es peor todavía, se enojan con todo el mundo, se imaginan el nivel de estrés laboral que nosotros asumimos.*

*(Testimonio de licenciado de 32 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

*Por lo regular en los pacientes que acuden a esta unidad de salud existe bastante inconformidad en relación a la facilidad de conseguir los turnos, ya que por el Call Center les dan para más de un mes o al que vive o esta domiciliado en este sector, pero le derivan a otra unidad operativa, otra, como somos de primer nivel la puerta de entrada de salud aquí como primer nivel nos deberíamos enfocar a lo que es prevención y tenemos más morbilidad entonces tenemos prácticamente un ochenta por ciento de morbilidad sino es más, a pesar que si hay programas de promoción, de prevención pero nuestra gente está acostumbrada a venir cuando están enfermas, pero también existe el ausentismo y la no concientización de los usuarios a pesar que salimos a la actividad extramural, se les da el día que ellos desean, la hora que ellos desean toda esa facilidad y no acuden.*

*(Testimonio de licenciada de 38 años, de santo domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

El modelo de atención primaria se encarga de ingresar a la población que busca resolver problemas diversos de salud, en el sistema de salud del Ecuador se tiene al MAIS el cual encamina a todo el personal encargado de brindar atención, a fomentar la promoción, la prevención, la curación y rehabilitación, todo esto de forma integral.



En septiembre de 1978, en el marco de la conferencia mundial convocada por la OMS y UNICEF en la ciudad de la antigua unión soviética de Alma Ata, se diseñó la estrategia denominada atención primaria de salud, que se orientó a alcanzar la garantía efectiva de salud para todos en veinte y cinco años (OMS, 2007, Pág. 19).

*La enfermedad que uno tiene se maneja, hay que saberla llevar todos los días y con los doctores que siempre nos han dado charlas, todas esas cosas y nosotros siempre tenemos que seguir al pie de la letra lo que nos mandan, a qué hora nos mandan a tomar los medicamentos porque la diabetes no desaparecerá, como yo soy hipertensa y diabética hay que cuidarse, la diabetes no tiene cura, tenemos que solo cuidarnos día a día.*

*(Testimonio de femenina de 54 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Cierto tiempo fui con mi hijo que le dolía mucho la muela que le dolía cierta parte de la cara y nos fuimos preocupados y le voy a hacer atender por un doctor y el doctor le revisa y dice el oído esta inflamado, hay que ponerle un gotero y prácticamente ponerle unos líquidos en el oído, mi esposa dice ¡no! él es médico general él no es pediatra no le pongamos eso y mejor fuimos y pagamos a un pediatra él nos dijo que a mi hijo se le había hecho una pus en el oído que si eso se le reventaba podía causarle problemas al cerebro, me dijo que era un tema muy delicado y que gracias a Dios no le pusimos ese líquido porque se le hubiera reventado, entonces ahí vamos al tema, que no dan un diagnostico bien fundamentado con el tema de que para mí no tenía la experiencia adecuada el médico general y sin menospreciar pero si no tienes esa capacidad de atender un niño con un tema*

*delicado mejor no medique nada, solo derívelo a otro doctor o que se yo, tranquilamente si yo hubiese hecho caso de ponerle eso ya no tuviera a mi hijo acá.*

*(Testimonio de masculino de 33 años, de Esmeraldas, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

La atención de la salud es una de las manifestaciones culturales de los pueblos y por tal razón existen tantas iniciativas de salud, cuantas culturas existen.

El tipo de atención de salud pública es el único que desarrolla una prestación de servicios con orientación a la problemática de la población, integrando a la promoción y los demás componentes de la atención de salud como son la prevención, la curación y la rehabilitación.

La salud ha estado directamente relacionada con el capitalismo. Esta, en lugar de considerársela como derecho y hacerla valer como tal, se ha convertido en una mercancía más, que puede ser adquirida solamente con capital. Por tanto, esta se ha caracterizado por ser altamente excluyente y se ha desarrollado fuera de los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia. La salud ha caído dentro de la filosofía occidental, en la que siempre han preponderado las dicotomías (centro/periferia; dominado/dominante). En este caso: médicos-pacientes (Álvarez, 2012, Pág. 52).

Existen diferentes puntos de vista tanto de los que solicitan atención como de los que brindan la misma, ya que dentro de los entrevistados algunos demostraron su inconformismo por el tipo de atención que se brinda en el sistema de salud como también hubieron quienes no han tenido ningún tipo de problema, el otro punto de vista está en relación al personal que labora en el sistema de salud, rechazando la falta de comprensión, el mal trato del que son víctimas día a día por parte de los usuarios, aquellos que como lo comentan son los que no alcanzan a coger un turno, aquellos que no les gusta la medicación, el tipo de atención entre otros.

### 4.3.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A ATENCIÓN

#### SANITARIA.

**Tabla 24. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a atención sanitaria.**

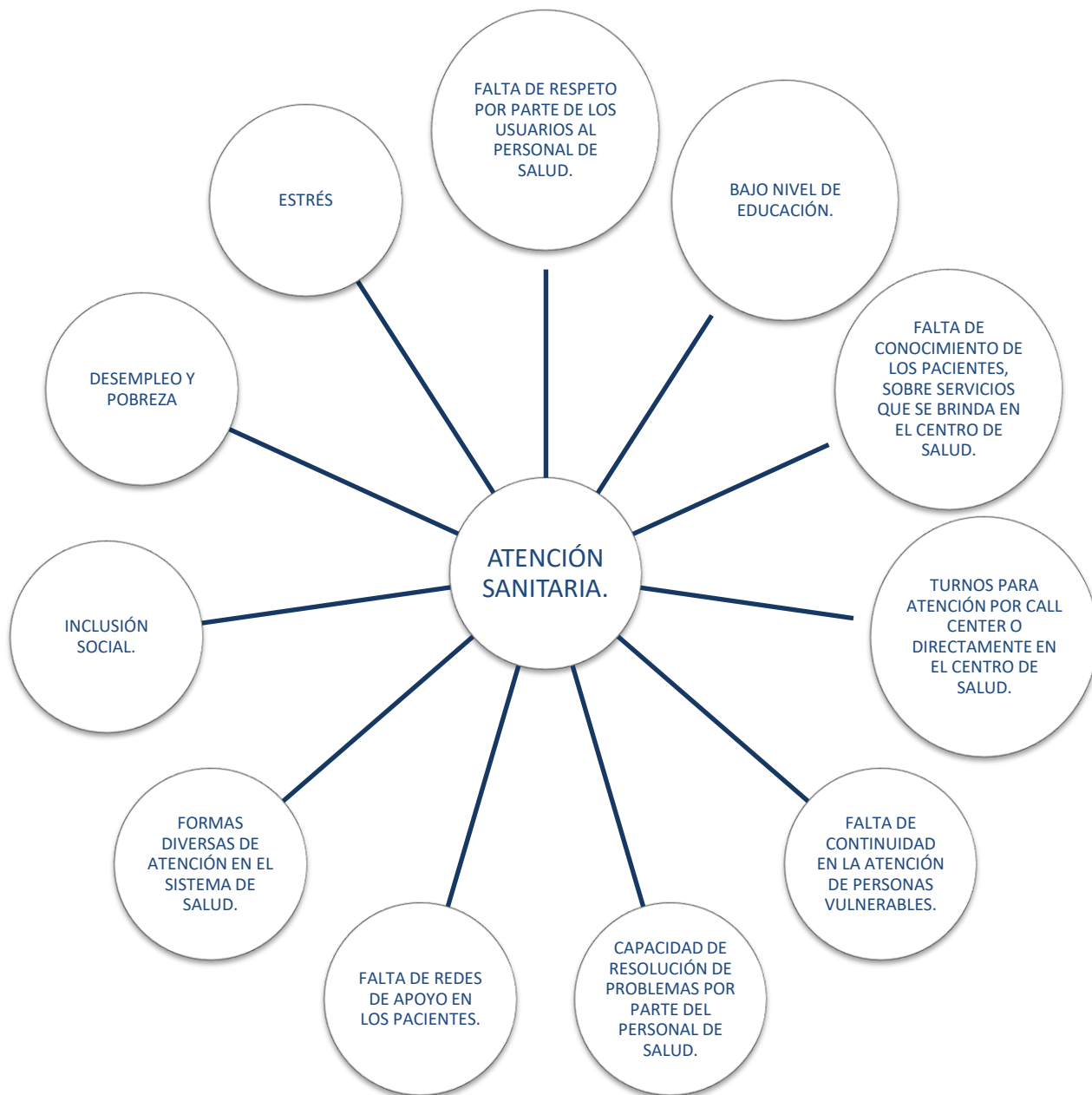
<i>Siempre tienen prioridad, más que por los adultos mayores, por los niños.</i>
<i>Mis problemas en gran parte han sido resueltos y de una manera eficiente por parte de los doctores.</i>
<i>Para que lo puedan atender toca quedarse quedito (modismo manaba de estar en silencio) digamos como humillado.</i>
<i>Aquí se llama por teléfono y me saben dar para dos tres meses o a veces me ayuda el señor de la ventanilla.</i>
<i>Soy una persona sola yo tengo que sacrificarme como sea del modo que sea para yo llegar aquí al centro de salud.</i>
<i>Cuando iba a dar a luz me dieron la transferencia al hospital y si muy buena atención.</i>
<i>En Colombia no existen centros de salud como acá, allá la atención se hace dependiendo del estrato social.</i>
<i>Yo mejor vengo aquí a estadística cuando no viene un paciente entonces ahí me ponen a mí es más fácil que por teléfono.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

### 4.3.3. ATENCIÓN SANITARIA EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS

ROSALES.



**Figura 23. Atención sanitaria en el centro de salud tipo C los Rosales.**

**Elaborado: Datos de la investigación.**

**Autor: Investigadores.**

#### 4.4. CAPÍTULO AUTOMEDICACIÓN.



Figura 24. Automedicación.

Elaborado: Wordsalad.

Autor: Investigadores.

En la figura 24, se puede observar la palabra central dolor seguido de farmacias, pastillas, paciente, medicamentos, tomo, automedicación, antibiótico, cultura, paracetamol, cumplimiento. Mostrando de esta forma que el pensamiento sobre la automedicación está siempre presente y los principales actores son las personas y las farmacias.

##### **4.4.1. PREFIERO IR A LA FARMACIA Y COMPRAR ALGO PARA LA FIEBRE QUE ESPERAR EN LA EMERGENCIA Y QUE NO ME ATIENDAN.**

Se señala que la automedicación responsable es “el uso de un medicamento, registrado o sustentado en monografías científicas, legalmente disponible sin prescripción médica, bien sea por iniciativa individual o siguiendo el consejo de un profesional de la salud”. El lado no responsable del fenómeno se define como “el uso de medicinas de prescripción sin una previa prescripción médica” (Ruiz-Stemberg & Pérez Acosta, 2011, Pág. 88).

El problema de una sociedad sin concientización sobre los potenciales riesgos a la hora de automedicarse y a la vez sobre aquellas personas que trabajan en la dispensación de fármacos que no siempre son farmacéuticos hace que se convierta en un problema para el sistema de salud como para los individuos que la practican.

En las personas del centro de salud tipo C Los Rosales se observa esto como una práctica cotidiana, como algo normal ya sea por múltiples factores: creencias culturales, hábitos adquiridos, influencia de la industria , entre otras; desconociendo los efectos desfavorables dado que la falta de información sobre este tema hace al sistema de salud vulnerable, provocando retraso en diagnósticos, demora en la oportunidad de curarse, intoxicaciones, facilitar contagio de enfermedades, mayor riesgo a ingresos hospitalarios, por ende ausentismo laboral, tiene un impacto no solo individual, también social, es el caso de nuestros entrevistados con sus testimonios a continuación.

*La verdad que es bueno para el dolor de cabeza una vez me tome una pastilla y me paso, y cuando tengo acides me tomo otra pastilla, la automedicación (se queda pensando) no tengo argumentos para eso porque por una parte cuando lo hago se para que me vale, y por otra sé que está mal porque no consulto a un doctor.*

*(Testimonio de masculino de 15 años, del Empalme, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Otra perspectiva que nos demuestran nuestros invitados es que, por la falta de recursos económicos, el evitar contratiempos con el personal de salud por el hecho del pensar que recibirá

un mal trato y a lo mejor le tocara comprar algunos medicamentos estas personas prefieren automedicarse que acudir al centro de salud es el caso de la siguiente entrevistada.

*A veces de repente si me he tomado así pastillas como cuando uno por ejemplo tiene una infección, así dolor de cabeza, que mientras usted va al centro de salud y todo eso, por ejemplo, yo mejor me ahorro esa ida al doctor, yo evito de ir a la emergencia de ese sub centro porque a veces no hay la atención o a veces uno se está muriendo de dolor y le dan paracetamol o salen bravos y entonces más fácil voy y me compro una pastilla y listo me siento bien.*

*(Testimonio de femenina de 35 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

El otro enfoque lo dan las personas que laboran dentro de la institución de salud quien como muchas otras personas rechaza la falta de cultura, el bajo nivel de instrucción de los pacientes que acuden al centro de salud, que ante la comercialización de fármacos en farmacias particulares que venden medicamentos sin receta y algo peor venden a las personas medicamentos con síntomas que ellos les dicen sin tener la potestad de diagnosticar y tratar, esto haciendo que aumente la morbilidad y mortalidad, es el caso de relatos a continuación.

*Considero que depende del paciente, pero también las farmacias o sea ahí usted llega y ellos recetan como médicos yo doy la sintomatología le dicen señora tómese esto por tantos días, entonces nos dan tratamiento antibióticos y dosis incompletas se vuelven resistentes y otra no hay la vigilancia a pesar que en la normativa si existe en supervisar las farmacias pero no dan ese cumplimiento, no hay la persona capacitada idónea para estar atendiendo*

*en las farmacias yo considero que es ese el mayor problema, porque el paciente no es que dice voy y compro el paciente va y pregunta y le vende.*

*(Testimonio de licenciada de 38 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

*Hablamos de automedicación todo el tiempo, lo que pasa también es otro punto, es que los pacientes son muy youtuber (persona que investiga todo en internet) y todo lo demás ellos vienen leyendo, me dicen creo doctora que tengo esto, por lo tanto ya vengo tomando esto, que le parece usted entonces uno tiene que comenzar a hablar, nuestros pacientes incluso ya preguntan, nos escriben, me dicen doctora me están dando esto me dice puedo tomar entonces le digo no espérese ya conversaremos esto en las próximas consultas, pero es también parte de nosotros quitar esto de la automedicación, hacer entrar en razón que las farmacias son muy lucrativas o sea ellos les interesa vender no les interesa la condición del paciente.*

*(Testimonio de médica familiar de 36 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

Al formar concientización en la población sobre los efectos indeseables que pueden tener los medicamentos se está disminuyendo el riesgo de padecer aumento en los índices de mortalidad, mayor gasto económico por parte del sistema de salud al tratar de solucionar los efectos provocados, y al tratarse de un problema que tiene resolución se deben de fortalecer los programas de estado para que la prevención y promoción de salud intervengan de forma efectiva dentro de las comunidades. En algunas personas se observó que rechazan la automedicación como la forma más fácil de curarse ya que por recibir información por personal capacitado en este caso en las



consultas se les informa se les hace concientización del grave problema al que se enfrentan al tomar prácticas como esta.

*Mi doctor me ha dicho que automedicarse es muy malo, porque si le hace bien para una cosa le puede hacer malo para la otra, entonces uno tiene que evitar o hacer la pregunta al profesional, para poder uno saber lo que va a tomarse.*

*(Testimonio de masculino de 73 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Es interesante apreciar el doble origen del término dentro del árbol de términos relacionados. Por un lado, se deriva de “Drug Therapy” (terapia farmacológica) y, por el otro, de “Self Care” (autocuidado). A su vez, los dos vocablos anteriores se derivan de uno común: “Therapeutics” (terapéutica). Esta doble derivación es interesante desde el punto de vista de sus implicaciones prácticas y éticas, ya que, por un lado, sugiere una práctica responsable (auto cuidado) y, por otro, una desviación de la terapia farmacológica, y por lo tanto irresponsable (Ruiz-Stemberg & Pérez Acosta, 2011, Pág. 88).

Para las personas entrevistadas la automedicación está siempre presente, sabiendo que el hacerlo está mal, pero al tratar de darle solución más rápido a su problema de salud no miden las consecuencias, ellos comentan que se han formado barreras en la atención de salud, afectando en la atención pronta y efectiva como algunos lo detallaron convirtiendo a esta excusa la causa de acudir a las farmacias para comprar medicación.

Algo que no hay que dejar pasar por alto es el hecho de que la mayoría de las farmacias no cuentan con personal capacitado para vender medicación, no hay personal apto para dar diagnóstico ni

mucho menos medicar, ocasionando en la población la facilidad para automedicarse y exponiendo la vida de quien lo hace.

#### 4.4.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA AUTOMEDICACIÓN.

**Tabla 25. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la automedicación.**

<i>ya cuando sumamente mismo siento escalofrió así ya me asienta mal ahí me he tomado.</i>
<i>No me automedico aunque cuando tengo dolor de cabeza me tomo.</i>
<i>La automedicación obvio que está mal porque o sea todos no tenemos el mismo metabolismo.</i>
<i>He tenido cajones llenos de puro remedio.</i>
<i>Uno si se automedica sin saber puede ser que le dé una infección de pronto.</i>
<i>Me pusieron una inyección y yo soy alérgica entonces me hizo mal.</i>
<i>Hasta ahora no me he automedicado, solo los productos naturales que me dio mi mamá, pero no Han hecho mal.</i>
<i>Tratarle de dar solución primaria a un dolor a una dolencia a una enfermedad con algún medicamento.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

#### 4.4.3. AUTOMEDICACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 25. Automedicación en el centro de salud tipo C los Rosales.**  
**Elaborado: Datos de la investigación.**  
**Autor: Investigadores.**

#### 4.5. CAPÍTULO SALUD MENTAL.

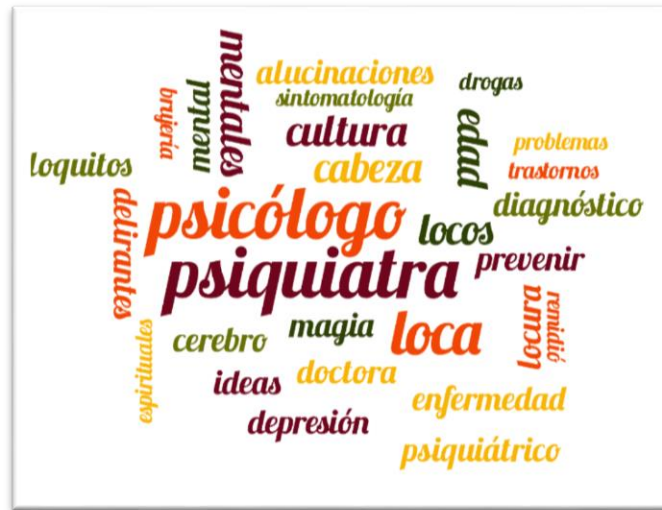


Figura 26. Salud mental.  
Elaborado: Wordsalad.  
Autor: Investigadores.

En la figura 26, se puede observar la palabra central psiquiatra seguido de psicólogo, loca, cabeza, locos, edad, cultura, mentales, prevenir, enfermedad, alucinaciones, magia, depresión, espirituales, brujería, drogas, trastornos. Estas palabras convergen en el campo de las enfermedades mentales dentro de la población de las personas en el centro de salud los Rosales.

##### **4.5.1. YO LE DIJE QUE LOS ATAQUES ERAN POR NO TENER RELACIONES**

##### **SEXUALES.**

De acuerdo a la OPS/OMS La Salud Mental es: “La Condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio” (Chávez Oleas, Samaniego Z., & Aguilar Z., 2009. Pág. 22-23).

El hablar de enfermedad mental con la población aun marca una gran interrogante debido a que vivimos dentro de un país pluricultural incluyendo migrantes donde la ignorancia y la falta de educación hace que se desconozca, convirtiendo este tema controversial.

El campo de las enfermedades mentales es muy extenso entendiendo a estas como trastornos que pueden ser de origen orgánico o no, para las personas entrevistadas se le fue difícil el expresar sus experiencias en torno a este tipo de patologías algunos de ellos asociaron este tema con problemas de tipo sexual, con la edad, con el consumo de sustancias, de tipo religioso, para esto se presenta algunos relatos.

*Una prima que estudiaba en el colegio y entonces ella venia pues a la casa, oiga le cogía un malestar así (Hace expresión de temblor) caí con ataques como loca, y comenzaba ella a votar espuma como esos perros locos cuando están envenenados. Nosotros los seres humanos estando bien piensan cosas que uno no debe, y a veces por mucho pensar en tantas cosas nos volvemos locos, uno puede descalabrar el cerebro, se debilita, pierde el conocimiento, entonces un día le dije, si tienes vergüenza de tu papá de tu mamá cuéntame a mí, a mi si no me vas a mentir, tu algo estas sufriendo, tú le digo vas al colegio y como en el colegio existimos tanto hombres como mujeres, y como no tiene como desarrollar, entonces que te pasa que todo te sube a la cabeza, te vas a volver loca y después no va a ver ni quien te vea te puedes caer por ahí en la calle y nadie te va a ver, ni sabrán que te pasa, le dije disculpa que te diga así, tú vas a tener de aquí en adelante buscarte un marido, si te haces de marido se te quita la locura; no primo me dijo, le digo oye mi mal consejo eso se te va a rehabilitar, te va a ser librar de eso que te coge (Realiza movimientos del cuerpo como temblor),vea a los cuatro meses de eso que estaba pues tenía un muchacho;*

*la muchacha fue como quitarle con la mano se compuso totalmente, se olvidó de estar que pataleaba como loca, eso fue el santo remidió, con eso la muchacha se compuso”.*

*(Testimonio de masculino de 67 años, de Loja, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

En el resto de entrevistados los relatos sobre el tema muestran la relación con trastornos que se pueden asociar a problemas de sexualidad, drogas, brujería entre otros, alejando a este grupo de personas que necesitan de una valoración especializada y sean ellas mismas las que busquen de otras formas de curación basadas en el empirismo del pueblo.

*Sólo por locura uno no va donde el psicólogo o psiquiátrico, por ejemplo, yo sufro de depresión yo asisto donde el psicólogo psiquiátrico, no porque diga usted estoy loca; simplemente porque me siento angustiada me dan ganas de llorar a veces pienso que me voy a morir, por eso acudo yo a psiquiatra y no porque el psiquiatra sólo vea a las personas que están locas digo yo eso, yo creo que antes no había tanta la depresión no había tanto esas cosas de que habían problemas pero no como ahora, por ejemplo antes yo vivía en el campo y en el campo usted no escuchaba eso solo se escuchaba eso de que a los viejitos se le va la mente pero creo yo por la edad, anteriormente la gente más utilizado a los montes, el trago para curarse no iban tanto a los doctores.*

*(Testimonio de femenina de 65 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Enfermedades mentales o sea del cerebro así cuando una persona o sea el carácter es muy fuerte muy violenta, hay que saberse controlar, creo que viene de parte de la familia o sea se hereda, el coraje, mi papá es así, mi hermano es así y los loquitos dan pena porque*

*están en ese estado, creo yo que será de una enfermedad de las drogas, a veces uno no sabe porque puede que pasen solos, abandonados, tantas cosas que pueden ser si Dios los manda loquitos nada podemos hacer.*

*(Testimonio de masculino de 37 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Las experiencias de los entrevistados hacen ver que aún existe ese desconocimiento de las enfermedades mentales, asociando el término locos como personas que tienen que ser tratados por psiquiatras o psicólogos.

*Bueno lamentablemente tenemos una cultura en la que no estamos informados acerca de la gran variedad de patologías mentales que existen desde el simple hecho de alucinaciones, ideas delirantes hay mucho desconocimiento, vienen con pre diagnóstico de internet o de algún familiar, entonces tienen mucho temor, el simple hecho de escuchar psicólogo, psiquiatra demuestra que efectivamente no quieren acudir a la consulta porque no tienen ningún trastorno mental o porque el simple hecho de que no están locos esa es la etiqueta social con la cual nuestros pacientes nos tienen. Lamentablemente en pleno siglo XXI y todavía tenemos esos conceptos primitivos de que el hecho de ir al psicólogo, psiquiatra es porque tenemos un daño mental grave y no es necesariamente así, entonces si es que nosotros tuviésemos una cultura de prevención sería mucho mejor, me gusta mucho la cultura en Argentina donde ellos van al psicólogo, al psiquiatra como ir a un médico pero para prevenir no cuando ya hay la enfermedad, entonces ahí es mucho más llevadera este tipo de situaciones de trastornos mentales. Tuve un paciente hace dos semanas, con un cuadro psicótico en la cual él decía que desde que le hicieron brujería le pusieron no sé qué objeto fuera de la casa empezó esos síntomas entonces él estaba*

*totalmente aferrado a la idea de que era por cuestiones de magia negra, magia blanca cuestiones espirituales que tenía ese tipo de sintomatología, entonces se hizo el diagnóstico oportuno y obviamente se envió a segundo nivel para que sea confirmado por el psiquiatra.*  
*(Testimonio de psicólogo de 30 años, de Machala, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

No existe una práctica de prevención por parte de la ciudadanía en relación a salud mental, las personas buscan ayuda a través del centro de salud ya cuando existen síntomas que no mejoran a pesar de realizar prácticas de curación empírica, dejando que el médico al primer contacto con el paciente encuentre o descarte causas orgánicas que ocasionen el problema, y una vez diagnosticado buscar la valoración y tratamiento definitivo por parte del personal especializado en dicho campo como lo es el médico familiar el psiquiatra y el psicólogo.

Destaca en este concepto la noción de un desarrollo armónico en todas las esferas del ser humano y el logro de conductas subjetivas, es decir al interior de la psiquis; y objetivas, o sea en su comportamiento externo, en el medio familiar y social. Además, la salud mental no sería un hecho estático, sino un ente dinámico que transforma positivamente al ser humano y contribuye también a los cambios que pueden darse en la comunidad (Chávez Oleas, Samaniego Z., & Aguilar Z., 2009. Pág. 23).

La salud mental al ser un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. El mantener al personal de salud capacitado para afrontar estos problemas que día a día son más notorios hace que tengamos a una población empoderada en el desarrollo de la comunidad.



#### 4.5.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A SALUD

##### MENTAL.

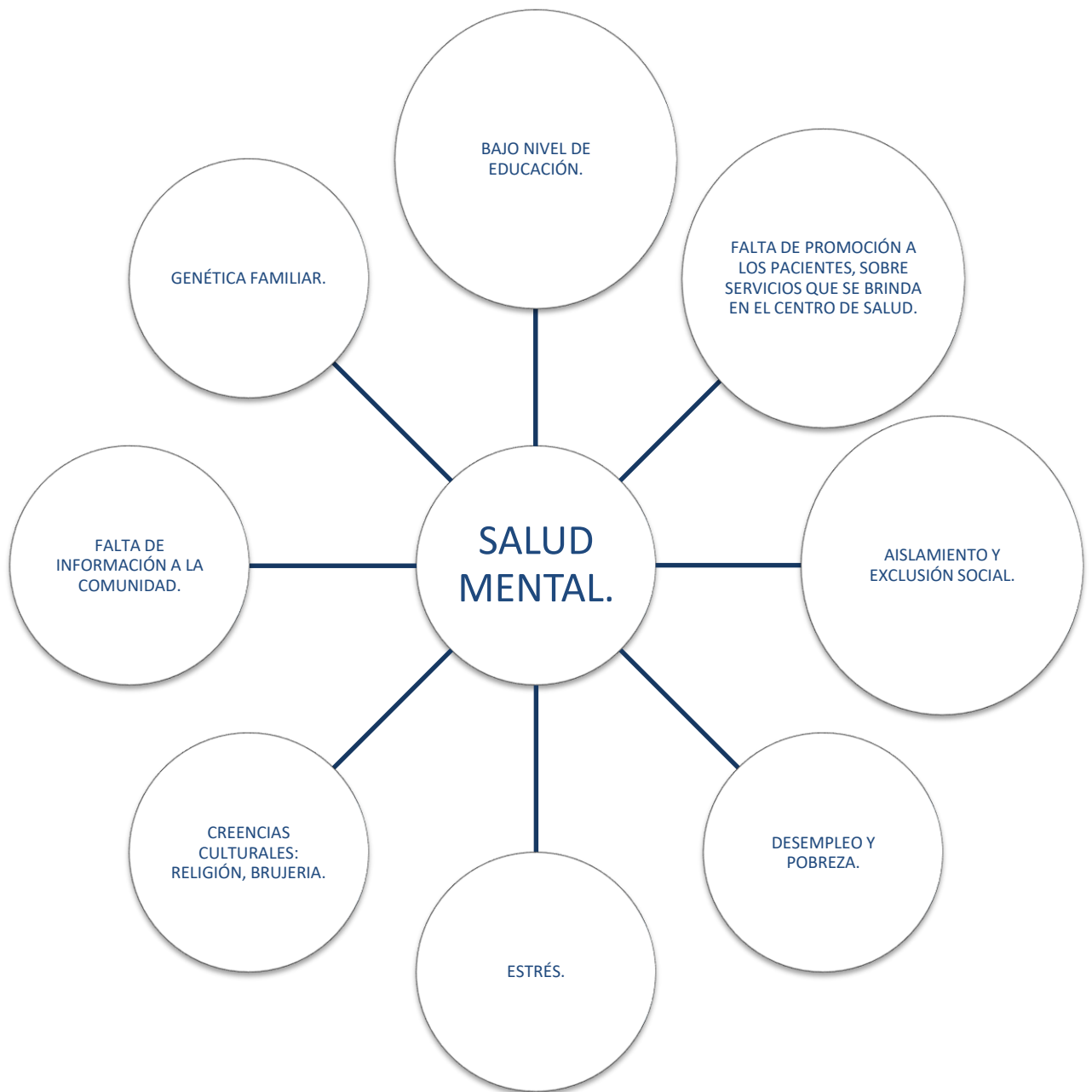
**Tabla 26. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a salud mental.**

<i>Cuando me da depresión como que me da ganas de llorar, que será que me pasa en el cerebro.</i>
<i>Tengo un sobrino que tiene una enfermedad que no recuerdo el nombre, pero si es fallito especial.</i>
<i>Ha de ser las personas que andan como que no asuntan las cosas.</i>
<i>He escuchado pero no, como que tienen retraso mental.</i>
<i>Es por el estrés, a veces por la presión de la parte económica, este tipo de enfermedad en mi es por la depresión y la ansiedad.</i>
<i>Creo que la depresión es porque mata al ser humano lo saca de quicio.</i>
<i>He tomado veneno por dos ocasiones, (llora paciente), no he acudido nunca a un psicólogo.</i>
<i>“Pienso que ellos no son locos si no que no tienen interacción social, la mente no desarrolla.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

### 4.5.3. SALUD MENTAL EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 27. Salud mental en el centro de salud tipo C los Rosales.**  
**Elaborado: Datos de la investigación.**  
**Autor: Investigadores.**



personas sobre la sexualidad, llegar a entender el hecho de que exista embarazos a temprana edad, abortos, enfermedades de transmisión sexual, problemas obstétricos, pérdida del libido en los adultos mayores entre otras cosas, entendamos que este tema no trata sobre cada uno de los antes mencionados, solo permitirá entender cómo se construye el pensamiento de sexualidad en el centro de salud Los Rosales.

En nuestros invitados encontramos que el mismo hecho de conocer su cuerpo entender los cambios fisiológicos y anatómicos que se originarán hacen que se produzca temor y más aún si no están preparados ya que es verdad que el personal de salud es llamado a brindar información a la población, pero es más importante que desde los padres empiece la enseñanza a los hijos y más aún cuando se trata de una mujer es el caso de nuestros invitados.

*Nuestros padres no nos inculcaban nada de esas cosas, porque todo era secreto para ellos, ¿qué es papi tal cosa? ¿Quién dijo eso?, eso no es nada; vagina en ese tiempo le decían a la pollita, el pene el pollito o el pajarito, no era como ahora directamente que uno le explican, en ese tiempo nadie decía nada, yo en mi caso cuando me vino el período yo me asusté porque digo ¿Dios mío qué me pasó?, yo voy le digo a mi mami me he cortado porque me bajaba sangre y ahí mi mami me dice ay hijita yo le iba a decir eso, pero como todavía no pensaba que le iba a venir esa fecha me olvidé de contarle y yo asustada; y otra que me decía es cuando usted tenga un enamorado no se deje abrazar ni besar porque de eso sale embarazada eso es lo que nos decían a nosotras.*

*(Testimonio de femenina de 44 años, de Esmeraldas, residente en Santo Domingo de los*

*Tsáchilas, grupo focal)*

*En el tiempo de antes con los padres era cero conversa de esto, sobre todo yo jamás hable ni con mamá ni con papá de esto, yo era una de las personas inocentes, yo no sabía ni cómo venía el embarazo, ni nada, en el tiempo de antes no se hablaba de nada, ahora ya en el colegio hay clase de sexología, a mí me parece por una parte que está bien por los chicos que estudian para que ellos sepan lo que es ser padre muy joven y todo eso, pero no para que lo haga, no para que sean padres tan jóvenes; mis hijos están grandes mayores de edad, pero en mi casa yo tampoco les he hablado en la casa.*

*(Testimonio de femenina de 53 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

Se puede ver que para unas personas sigue siendo algo prohibido, para otros lo ven con un punto de vista positivo, que incluso denota que no importaría la edad, si no el cómo fueron formados ciertos conceptos en cada familia, y por eso se resaltaría que la escuela de una persona empieza en casa, esto lo vemos en los siguientes entrevistados que contraponen a los anteriores al hablar de sexualidad de forma amplia y diversa.

*Cuando me preguntan ¿de dónde eres? les digo de Manabí, ah entonces eres come burra (se ríe, porque es un dicho popular al referirse a tener relaciones sexuales con una burra), en el tiempo de uno se hacia la paja dos a tres veces en el día (masturbarse) porque usted tiene bastante sexualidad, pero cuando usted no tiene bastante sexualidad esta como enfermo, anda como tonto, o tiene algo que no está en lo normal, pero cuando ya tiene sexualidad ya uno ya como que se olvida anda tranquilo hasta la mañana o el otro día, o a si sea noche y día, oiga en el tiempo de antes los padres no querían que uno tuviera*

*enamorada, ni que estuvieran en los bailes, ni nada, es lo más lindo la vida sexual, hay personas que dicen no yo a mi mujer ni la toco ya por ultimo ya ni nada de nada, no pues si yo vengo a dormir con mi mujer y nada de nada mejor yo no vengo, mi mujer me dice a mí a veces cuando llego ¿oye y vos que es que tomas que actúas normal? le digo tomo cuchuchos del monte le digo (se ríe), de repente es bueno tomar de vez en cuando no pastillas si no otras cosas naturales.*

*(Testimonio de masculino de 73 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*La sexualidad es mito que se viene viviendo toda la vida y yo pienso que es el fundamento más importante dentro del hogar y de la pareja, principalmente de la pareja porque sin sexualidad no va a ver amor, porque de ahí nace el amor, el amor de la pareja, al tener relaciones nace el amor de los hijos y así sucesivamente e incluso hasta llegar a los nietos que son parte de mi sangre es un tema muy bonito, hable con un doctor le pedí ayuda porque a lo largo de los años y más aún que soy diabético ya uno va perdiendo el apetito sexual, va perdiendo la erección, entonces yo pedí ayuda, es preocupante, no es que sea machista o me crea muy hombre, el muy macho, pero de toda manera tengo mi mujer, todavía tengo relaciones, me preocupo por mi pareja porque de repente yo pierda el apetito totalmente o ya no funcione bien ya entonces si me preocupa, es muy importante no es que se viejito, con mi pareja somos de la misma edad y pienso que el apetito sexual no se debe perder entre nosotros no es que vamos a hacer como jovencitos, pero sí creo que debemos tener de vez en cuando nuestras relaciones.*

*(Testimonio de masculino de 55 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes. Los derechos sexuales y derechos reproductivos en este plan se evidencian en acciones integrales de calidad de salud sexual y salud reproductiva (SSSR) para todas las personas, sin discriminación alguna (MSP, Plan Nacional De Salud Sexual Y Salud Reproductiva, 2017. Pág.16).

Es responsabilidad de todos reconocer a la sexualidad no solo como el contacto físico o al simple acto sexual, hay que entender que abarca el aspecto en las tres esferas del ser humano bio-psico-social y en ellas se puede incluir la identidad sexual de cada persona, en algunas personas se refleja la no aceptación a las relaciones entre personas del mismo sexo y esto nos comentaron.

*Le digo el caso de mi cuñada que ella ya es mayor de edad y de ser ella mujer tenía un enamorado y ahora le gustan las mujeres, la familia no acepta eso, ella anda con malas juntas, y mi mami nos hablaba siempre que hay que respetarse, nos hablaba de las mujeres, de los hombres, de las mujeres del parque (trabajadoras sexuales), siempre nos enseñó buenos modales y eso que ella no estudio.*

*(Testimonio de femenina de 27 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Yo considero que la sexualidad son las características físicas que tiene una persona ya que se nos diferencia tanto entre hombres y mujeres, yo considero que la homosexualidad es más cosa psicológica no porque nazcan así, yo los respeto, pero tampoco lo comparto, no estoy de acuerdo y no considero que a esas personas se les permita matrimonio porque a un futuro nuestra sociedad como va a estar formada; la iglesia también ha sido*

*muy restringida en ese tipo de aspectos y por eso tampoco acepta ese tipo de matrimonios en el mismo género.*

*(Testimonio de femenina de 20 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Hay personas que miran en la sexualidad una forma de calmar conductas asociadas con algunos aspectos biológicos o psicológicos dado que la influencia cultural juega un papel muy importante en el contexto de la población del centro de salud los Rosales en donde por satisfacer sus necesidades buscan opciones, algunas en sitios de tolerancia, otras en personas conocidas sin causar daño, mientras que otras desarrollan este acto con maleficencia como lo mencionan nuestros entrevistados.

*Si no tienes dieciocho años no puedes entrar a un sitio de tolerancia, pero yo le veo está bien que le prohíban a una persona a un joven no tomar, pero no le pueden prohibir entrar a uno de esos sitios para que desfogué uno como varón, yo prefiero llevar un muchacho que desfogué se cuide con preservativo, pero que saque las ganas que tiene y que no me embaracé a una niña de doce años de once años.*

*(Testimonio de masculino de 40 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Psicológicamente en la actualidad el tener algún daño mental respecto al sexo , creo que ha provocado violaciones , ha provocado asesinatos , a que personas se quiten la vida, si es un tema de muy alto riesgo que debería ser tratado por el área médica que es el ministerio de salud pública, por el área de educación que es el ministerio de educación, es muy preocupante se escucha muy consecuentemente que se quitan la vida por un mal*



*amor , porque los dejan o algún tipo de situaciones así, esto se podría estar dando por falta de desconocimiento sobre temas de la sexualidad.*

*(Testimonio de masculino de 28 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

En el Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a lo largo del ciclo vital de las personas, está afectado por las inequidades económicas, de género, sociales y étnicas. Los efectos de estas inequidades, se expresan en los siguientes ámbitos inter-relacionados: la diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna, el acceso a métodos anticonceptivos incremento de ITS incluido VIH, violencia basada en género, cánceres relacionados al aparato reproductivo, y salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad (MSP, Plan Nacional De Salud Sexual Y Salud Reproductiva, 2017, Pág. 19).

En la población del centro de salud Los Rosales se puede ver que la forma de pensar, de ver la sexualidad es amplia y diversa y esto es importante para poder comprender como se ha formado este concepto dentro de ellos y encontrar formas de tratar y orientar de una forma asertiva al resto de la población ya que es de suma importancia para tratar de evitar problemas que puedan surgir.

Por lo visto resulta ser que para hablar de sexualidad se necesitaría del trabajo arduo de un grupo de personas que estén con la capacidad suficiente para hacer comprender la importancia que tiene este tema, que involucra a todos los grupos etarios dado que el ser humano se lo considera sexualmente activo desde que nace hasta que muere, cada etapa de la vida necesita conocimientos y experiencias específicos para su óptimo desarrollo.

#### 4.6.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A SEXUALIDAD.

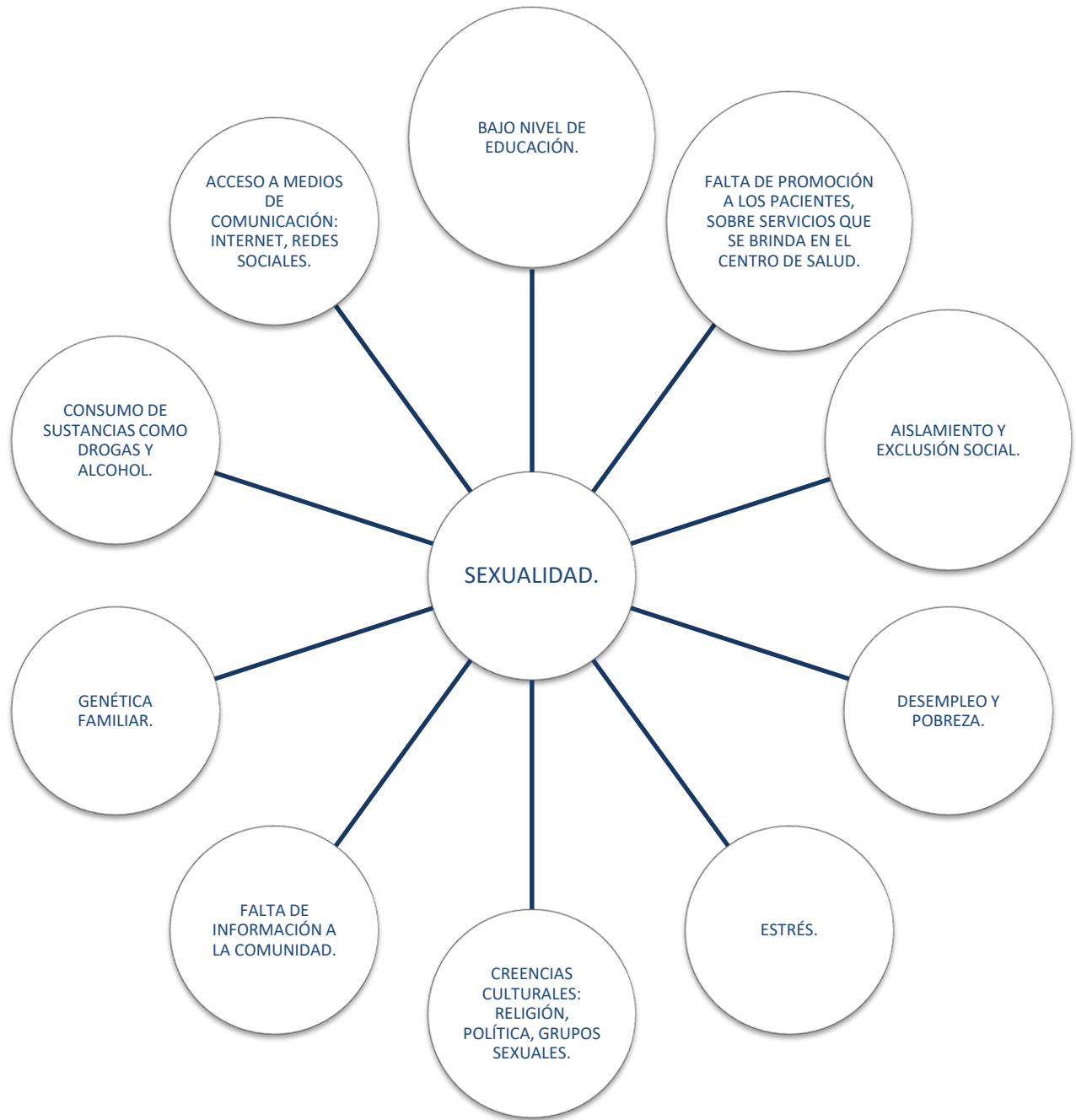
**Tabla 27. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a sexualidad.**

<i>Sexualidad (se ríe) como yo tengo más de veinte años de viuda, ya nada de nada.</i>
<i>Sexualidad es entre el hombre y la mujer porque hay sexo hay los hijos.</i>
<i>De muchachito mis abuelitos me enseñaban que deben ya casarse para tener sexo.</i>
<i>En el colegio me dieron una charla pero ya no me acuerdo.</i>
<i>Sexualidad para nosotros los jóvenes es algo normal hasta la hemos practicado y así sabemos demasiado.</i>
<i>Si los padres no le dicen, entonces le van a decir los amiguitos, los conocidos, el internet el YouTube.</i>
<i>Representa los sentimientos, la forma de pensar, la forma de conocer a la pareja, la forma de conocerse a uno mismo.</i>
<i>Debería ser el complemento de la parte física y emocional, sexualidad tiene que ver con anatomía el funcionamiento de nuestro cuerpo”.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

### 4.6.3. SEXUALIDAD EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 29. Sexualidad en el centro de salud tipo C Los Rosales.**  
**Elaborado: Datos de la investigación.**  
**Autor: Investigadores.**



*Mis controles los llevo donde una ginecóloga, ya que las parteras tienen un método un poco ambiguo y con muchas de las cosas que podrían pasar es hasta riesgoso, mi abuelita tuvo sus hijos con partera, bueno así tuvo casi a todos, la partera asistía a la casa, preparaba el lugar donde iba hacer el parto, pero en si el trabajo de parto era por parte de la mamá solo era para ayuda que le pase y le coja al niño y le ayude, gracias a los conocimientos y los avances que ahora tiene la medicina se podría evitar muertes maternas.*

*(Testimonio de femenina de 31 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Los partos deben ser atendidos por un médico, porque un médico hace los controles con exámenes y con las parteras no, bueno los bebes a veces se saben colocar en mala posición y la partera le puede ayudar a acomodarle, pero de ahí no más, una vez vine con un dolor intenso, le decía que él bebe se ponía aquí y la doctora me dijo que me vaya a donde esas parteras para que le acomoden al bebe porque él se mueve de un lado para otro y que me ponga una almohada para que no se mueva, yo esa vez la señora me explico igual que la doctora y que me ponga la almohada y que me bañe con hojas de naranja de guanábana igual que la doctora, me toco por aquí y nada más, mis partos han sido en el hospital.*

*(Testimonio de femenina de 27 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Ahora bien, así como vemos que existen personas que han desarrollado habilidades de forma empíricas para atención de partos como lo son las parteras, es la cultura la influencia más grande para seguir con estas prácticas que en ocasiones tienen significados dentro de cada cultura, es el caso del relato de la persona tsáchila.

Antiguamente existían las *nake sakaremi* (parteras), reconocidas en cada sector que habitaban los *tsáchilas*.

Las mujeres al primer mes de gestación acudían a la partera con el fin de realizarse un breve chequeo, esto se lo hacía a través de tomar el pulso y de ponerle la palma de la mano sobre el vientre de la paciente (Calazón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 108).

*Mi mamá dio parto en la casa solita, le cortaba el ombligo con caña guadua y la placenta se la enterraba, a veces dicen que sale cruzado, dicen es niño y uno mismo se la soba para colocar bien yo mismo le colocaba bien, por la forma de la barriga se sabía que iba a ser, los partos de esposa fueron aquí en mi casa yo le ayudaba el primer parto le ayude los otros ya sola paría, y la placenta la enterraba, yo le cortaba el ombligo y se corta el ombligo largo en hombre para que tenga más grande (se ríe, en partes habla en tsafiki y traduce el hijo), ahora algunas de las mujeres hacen atender parto en hospital otras se atiende en casa.*

*(Testimonio de Tsáchila de 75 años, historia de vida)*

El fortalecer prácticas adecuadas de parto obliga al sistema de salud a incluir a las parteras para que reciban capacitaciones y a la vez prevenir complicaciones, es difícil contactar y hacer entender la importancia de recibir información a personas que han aprendido el oficio de forma empírica y por eso se puede seguir viendo problemas a la hora del parto es lo que nos comenta la médica familiar.

*Pacientes manipuladas por parteras y con trabajo de parto se deriva directamente al hospital santo domingo, se ve complicación sobre todo con el uso de aguas de canela, de ruda que son utilizadas para coger fuerza a la hora de parir, algunas parteras si se les capacita, si algunas como tres o cuatro, pero hay algunas que se nos escapan como decimos clandestinamente, hay una partera que yo tengo entendido es la que hace destrozo, las pacientes que ella ve siempre vienen mal.*

*(Testimonio de médica familiar de 36 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

Con lo expuesto se puede entender que el parto es un acto que implica factores culturales y políticos, propios de Latinoamérica, legado de nuestras culturas indígenas que en algunas partes del territorio nacional aún se las puede vivenciar como es el caso de los tsáchilas.

Sin embargo, tenemos también otra opción de atención del parto con especialistas Ginecólogos, la medicina basada en evidencia con tecnología y las opciones son más amplia. Existe otra alternativa como el poder articular la forma tradicional de dar a luz en establecimientos de salud lo cual ahora se denomina parto culturalmente adecuado, con la finalidad de fortalecer de acuerdo a la realidad cultural local, garantizar el acceso a una atención integral del individuo, la familia y la comunidad. La última encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 2004) muestra que el 78.5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en un establecimiento de salud, sin embargo, un análisis minucioso de los datos demuestra cómo este alto porcentaje de partos institucionales a nivel nacional enmascara diferencias regionales y étnicas significativas (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008. Pág. 13-14).

Los datos desagregados muestran que más del 40% de las mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región Amazónica, dieron a luz en su casa (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008. Pág. 14).

Adicionalmente, el 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008. Pág. 14).

#### **4.7.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA ATENCIÓN DE PARTO.**

**Tabla 28. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la atención del parto.**

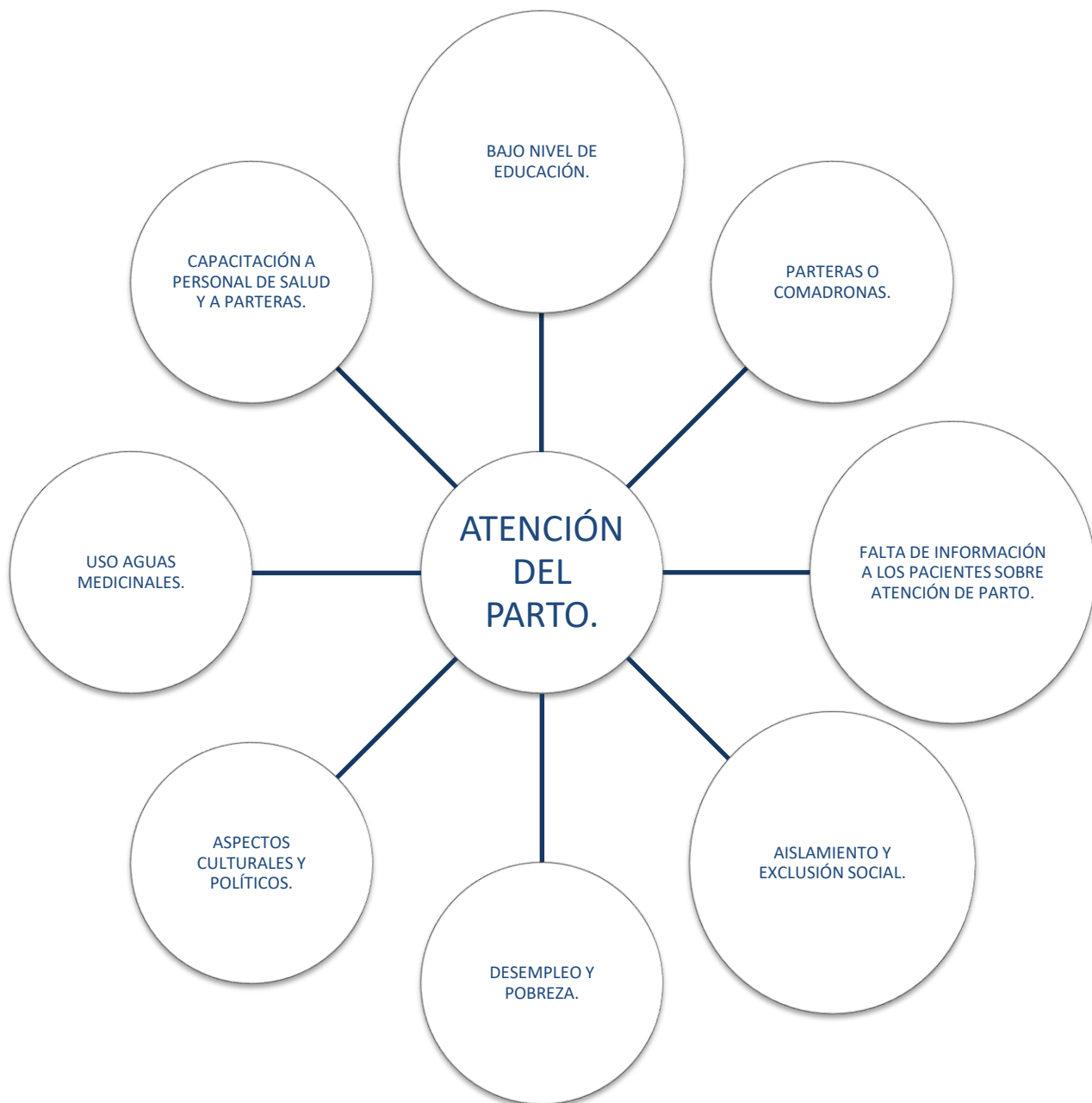
<i>Hoy en día sería más conveniente por médicos porque tienen todo el equipo especializado para atender el parto.</i>
<i>Me decían que el bebé estaba sentado, entonces me fui a una partera y me lo encajo.</i>
<i>Antes era muy lejos para nosotros venir acá Santo Domingo ya nosotros nacimos por medio de parteras.</i>
<i>A veces hasta los maridos mismos creo que les hacían parir ahí en la casa.</i>
<i>Mi mamá me dice que mi abuelita era partera y que ella atendió a mi tía.</i>
<i>Mi abuelita era partera cuando mi mamá ahora último estaba embarazada ella le ayudó a dar a luz en la casa.</i>
<i>Experiencia con mi hija la primera, yo di a luz con partera aquí en Santo Domingo si me fue mucho mejor que en las clínicas.</i>
<i>Mi abuelita que era buena partera, ella me atendió mis partos, ella la llevaban para donde quiere a atender partos.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.



### 4.7.3. ATENCIÓN DEL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 31. Atención del parto en el centro de salud tipo C los Rosales.**  
**Elaborado: Datos de la investigación.**  
**Autor: Investigadores**



todo lo que le rodea a un individuo asume una carga sea positiva o negativa dentro del comportamiento que asume este dentro de una sociedad.

Es trascendental reconocer que vivimos en una cultura machista que aun considera al hombre como aquel que por su condición física puede convertirse en agresor fácilmente y la mujer está siempre en condición de victimaria. Es el caso de nuestros siguientes entrevistados.

*Con mi primer compromiso con el papá de mi hija me agredía físicamente y yo no me dejaba y cuando yo no me dejaba me quería golpear nos golpeábamos los dos para que voy a decir yo no me dejo, entonces lo que hice fue prevenir me fui a fiscalía lo denuncie yo tengo boleta de auxilio, fui atendida en la fiscalía por trabajadora social, psicólogo, incluso me hicieron seguimiento.*

*(Testimonio de femenina de 22 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Conozco el caso de una vecina, que el esposo la maltrataba muchísimo y nosotros le decíamos que denuncie y ella le tenía terror, una noche ella se fue a un cumpleaños de una amiga que le invitó y ese señor no sé cómo se enteró y la fue a ver y ella conversa que en el trayecto la traía abrazada no de amor sino que le venía diciendo cosas obscenas y le decía que a lo que llegaba a la casa le iba a ser cosas groseras, llegó a la casa y el sinvergüenza cogió le pegó, quería tener relaciones así tomado, ella no quiso la desnudo, le rompió la ropa y porque ella no quería la quiso sacar a la calle a la pobre y nosotros escuchamos todo, los vecinos salimos y el cerró la puerta, ella dijo no, dejen que yo mañana voy a denunciar, al otro día nosotros le preguntamos ¿qué pasó, denunciaste? y dice marido es desde que pegué ella no quiso denunciar.*

*(Testimonio de femenina de 53 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas,  
grupo focal)*

*Soy violento, a mi hija nadie le pone un dedo encima peor en mi casa, talvez que si no vivía ahí y no veía talvez no pase nada, mi hija me conto que su esposo la golpeo violentamente entonces voy cogiendo al bicho (yerno) lo cogí a golpes hasta que quise, me amenazo me dijo tantas cosas y le dije, en este momento te me largas de la casa y si no quieres tener más problemas te me largas, así que nada, le hice una maleta y se la tire a la calle, el señor se ofusco y me quería dar con un garrote, yo tengo un arma la cogí y la cargue, y gracias a mi hija que no está muerto y yo no en la cárcel; ella nunca denunció ella dijo papi yo quiero vivir tranquila no quiero más problemas.*

*(Testimonio de masculino de 55 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Las distintas formas de violencia que se presentan se pueden suscitar desde muy temprana edad, se podría decir que lo que se aprende en casa se refleja fuera de ella, la violencia presenta un ciclo dentro de las familias es algo que se aprende viendo, y de esto la importancia de cultivar buenos valores a los hijos para que estos se conviertan en personas productivas y que puedan acoplarse a una sociedad que necesita personas pacíficas, emprendedoras y solidarias, dentro de las instituciones educativas se puede reflejar una de las más antiguas formas de violencia como lo es el Bullying el cual afecta de manera tan grave que en ocasiones terminan en suicidios, es el caso de nuestros entrevistados.

*Cuando yo era más pequeño sufría de Bullying por parte de mis compañeros porque era el más pequeño de la clase, pues no se lo deseo a nadie, me decían tu eres el más pequeño te quitamos el dinero, me golpeaban, te hacemos esto y así paso e incluso ya no quería ir a la escuela por miedo a esto, les avise a mis profesores y hubo sanciones.*

*(Testimonio de masculino de 15 años, del Empalme, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*La única violencia que recuerdo fue en la escuela, tenía un profesor que me castigaba, me pegaba yo ya en veces no quería ir a la escuela, pero ya pasaron los años y uno ya sabe cómo manejarse con ese tipo de personas pasaron los años y tome represarías con ese profesor con un grupo de compañeros, él nos agredió nosotros lo agredimos y así se formó una cadena de desquite, la violencia jala más violencia; antes decía el padre si se porta mal castíguelo, pero eso se hacía antes y no pasaba nada, en los tiempos de ahora hay más protección a los menores, se denuncia al ministerio de educación o a la DINAPEN o a la fiscalía.*

*(Testimonio de masculino de 33 años, de Esmeraldas, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Existen diferentes puntos de vista a la hora de hablar de violencia, encontrando culturas en donde la violencia pasa de ser algo impactante a ser algo casi normal, como para otros en donde la violencia no existe es lo que nos comentan dos de nuestros informantes.

*La costumbre que la gente tiene de siempre relacionar a Colombia con guerrilla, Colombia con muerte, Colombia con bombas, Colombia con secuestros y pues que le puedo contar si yo me críe en un ambiente en donde la violencia, la guerra, secuestro, la muerte siempre fue pan de todos los días, usted allá prácticamente uno escuchaba noticias siempre han sido esos atentados, bombas, muerte, secuestros, violaciones y así uno aprende a hacerlo eso parte de su vida.*

*(Testimonio de Colombiano de 30 años, historia de vida)*

*No hay violencia aquí no tenemos casos de esos, Abrahán Calazacon enseñó a no tener problemas con nadie, debemos de cuidarnos entre nosotros.*

*(Testimonio de Tsáchila de 75 años, historia de vida)*

Una de las expresiones de la violencia intrafamiliar más frecuente y denunciada es la violencia en la relación de pareja que existe en todas las sociedades, culturas y niveles socioeconómicos. La violencia en la pareja incluye agresiones físicas, como golpes, patadas, o golpizas, relaciones sexuales forzadas, maltratos psíquicos, tales como la intimidación y la humillación, y comportamientos controladores, como el aislamiento de una persona de su familia, amigos(as), o acceso a bienes económicos u otros tipos de asistencia (de la Torre, Cevallos, Velasteguí, Cabrera, & Calderon Layedra, 2008, Pág. 87).

Dentro de este estudio se pudo encontrar que la mayoría de personas están afrontando o afrontaron alguna vez en su vida violencia de tipo intra familiar como la más relevante de las violencias.

La violencia puede ser asumida de diferentes formas, desde el mantenerse callado y nunca denunciar, como el mismo hecho de hacerle frente y desatar un ambiente hostil en donde no

importan terceros, esta no tiene edades, sexo, estrato social, entre otros; es imprescindible el orientar a la población educarla y hacerle entender que todos somos iguales, debemos inculcar desde los hogares valores de respeto, solidaridad, amor entre las personas.

#### 4.8.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A VIOLENCIA.

**Tabla 29. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a violencia.**

<i>Por mi niño, le dijeron bastardo y no me pareció y me fui de pelea.</i>
<i>Por una violencia le pueden matar a uno o estropearlo porque eso es violencia.</i>
<i>Pienso que no deben de ser así que el hombre golpe a la mujer.</i>
<i>Una vez me golpeo y me lo lleve a la policía.</i>
<i>Este señor siempre quería abusar de nosotras , y como mi mamá no nos creía optamos con mi hermana cuidarnos nosotras mismas.</i>
<i>En mi hermana hubo violencia sexual cuando ella tenía trece años un vecino la violó.</i>
<i>Por una palabra que le dije él se resintió yo le hice una bromita y él no se aguantó y terminamos en problemas legales la mujer me denunció mis hermanas prefirieron que yo esté en la cárcel.</i>
<i>Yo siempre le decía a mi mami sepárese no vivas la vida de esa forma y mi mami decía que no, que porque es marido, Aunque mate marido es.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

### 4.8.3. VIOLENCIA EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 33. Violencia en el centro de salud tipo C los Rosales.**

**Elaborado: Datos de la investigación.**

**Autor: Investigadores.**





salud, puesto que todas estas malas prácticas del ser humano conllevan a desarrollar patologías crónicas como lo es la diabetes, hipertensión, cirrosis, cáncer, enfermedades mentales como síndrome de abstinencia, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, entre otros.

En esta investigación se recopiló información sobre el tema encontrando que la gran mayoría de las personas consumía o consumió alguna vez en su vida alcohol, seguido de tabaco y escasamente drogas como lo cuentan nuestros entrevistados.

*Afecta mucho a la persona especialmente la droga, trae violencia, cuando ya no tienen hasta van a robar, matan a las personas por conseguir plata y consumir eso. Mi esposo era bastante alcohólico, se trastornaba veía cosas que no eran, pero ya después gracias a Dios solito dejó la bebida.*

*(Testimonio de femenina de 75 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Mi hijo consumió la droga cuando ya estaba más de veinte años ya cuando era libre ya él se iba a trabajar y por allá la mujer me decía que andaba fumando esas cosas, se fue a Quito, ahora se ha perdido en la droga, ya esta semana lo hicimos coger y lo tenemos en rehabilitación en el Chota, el papá de mis hijos desde muchacho fumaba cigarros, él también tuvo hace un año que le dio una enfermedad que se moría y era el tabaco que le hizo daño y ya el mismo lo dejó, él desde niño fumaba en el campo por el trabajo para que no le picaran los moscos, y entonces dos hijos me salieron así igualito al papá que es el que ahorita fuma droga y el mayor ese todavía no deja el cigarrillo.*

*(Testimonio de femenina de 70 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

La dependencia por sustancias es multifactorial, está determinada por factores biológicos como genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y por factores psicosociales, culturales y ambientales. En ocasiones todo puede comenzar como un simple juego, como la forma más fácil de ser aceptado dentro de un grupo de personas como lo cuentan nuestros entrevistados.

*La verdad fue en el colegio yo llegue apurado y cansado veo una botella de agua transparente cojo y me tomo, mis compañeros se reían, me quemó la garganta, cuando quise escupirlo ya no pude, y en una de esas mis compañeros ya estaban hecho trizas (ebrios) y un amigo fue donde el licenciado suelta la sopa y hubo un problemón, unos compañeros se fugaron de las casas, unos fueron a parar a Guayaquil otros fueron a parar a una parte de Quevedo más allá se llama Valencia fue un relajo total y yo vine a la casa justo mi papá y mi mamá me habían ido a ver al colegio ellos que llegan y la noticia, a la casa la hablada y los correazos (se ríe).*

*(Testimonio de masculino de 15 años, del Empalme, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Yo creo que, como todo joven en el colegio por amistades por las juntas, yo creo por sentirme bien, por la curiosidad, por estar al igual que el grupo no sentirme rechazado, si no a la moda. realmente no tuve esa necesidad de seguir consumiendo muy seguido o practicarlo o hacerlo una habitualidad en mi vida, al contrario, el licor hasta la actualidad lo consumo, pero muy poco y con familiares, en reuniones de manera controlada, bueno yo creo que el licor se ve como algo normal en la sociedad, es parte de la sociedad, lo que*

*pasa es que yo creo que deberíamos calificarlo , de acuerdo a como sea la actitud y preparación de la persona porque yo creo que el licor tiene la misma consecuencia que una droga porque una persona puede tomar licor y le puede causar la muerte al igual que una droga entonces eso sí creo que es medible de acuerdo a la capacidad de la persona.*

*(Testimonio de masculino de 28 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

En la población se puede presenciar que la falta de instrucción, la pobreza, las condiciones de vida que a cada uno le puede tocar, incluyendo a la violencia como prácticas habituales dentro de las familias pueden ser un desencadenante para iniciar en el consumo de sustancias, esto se lo puede vivenciar en los siguientes relatos.

*Si tuve experiencia a los trece años, influenciado porque yo vivía una vida de violencia, y consumiendo alcohol vivía como que no tenía ninguna preocupación, cuando me pegaban no sentía nada, me sentía feliz, el alcohol lo sigo tomando, pero cuando son eventos fiestas ahí si tomo no como antes un vasito dos vasitos.*

*(Testimonio de masculino de 15 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*El licor y el cigarrillo son perjudiciales, son mal vistos, tengo un primo que es alcohólico, pelea mucho en las calles, tiene muchos problemas; si hablamos de drogas en mi familia hay dos primos también, así mismo ellos son drogadictos los han colocado en clínicas de rehabilitación y no alzan cabeza y entonces es algo que molesta y afecta porque la gente critica la gente por ejemplo si el chico viene a visitar esconden las cosas o sea hacen sentir mal.*

*(Testimonio de femenina de 34 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Cabe resaltar que el consumo de sustancias en la actualidad es un tema difícil de solucionar, se convierte en un problema de carácter político, dado que una población la cual consume tabaco, alcohol, drogas hace pensar en personas con un alto potencial de desarrollo de enfermedades crónicas, las cuales si se ven las cifras de gastos que generan a los países en motivo de salud es alto, ahora bien no hay que dejar de lado los graves problemas que estos generan a nivel social atrayendo consigo violencia, delincuencia, suicidios, asesinatos entre otros, por ende se debe de continuar incentivando a las personas dentro y fuera del centro de salud para que no adopten practicas inadecuadas y fomentar una vida saludable.

La complejidad que abarca la drogodependencia amerita ser manejada bajo un sistema integral, que permita atender a los diferentes problemas asociados al consumo nocivo de sustancias psicotrópicas. De esta manera se podrá abarcar el ámbito médico, psicológico, social y económico, logrando como objetivo final la participación social activa y la incorporación de estilos de vida saludables sin necesidad de recurrir al consumo de drogas (MSP, Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición, 2016, Pág, 13).

#### 4.9.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A USO DE SUSTANCIAS NOCIVAS.

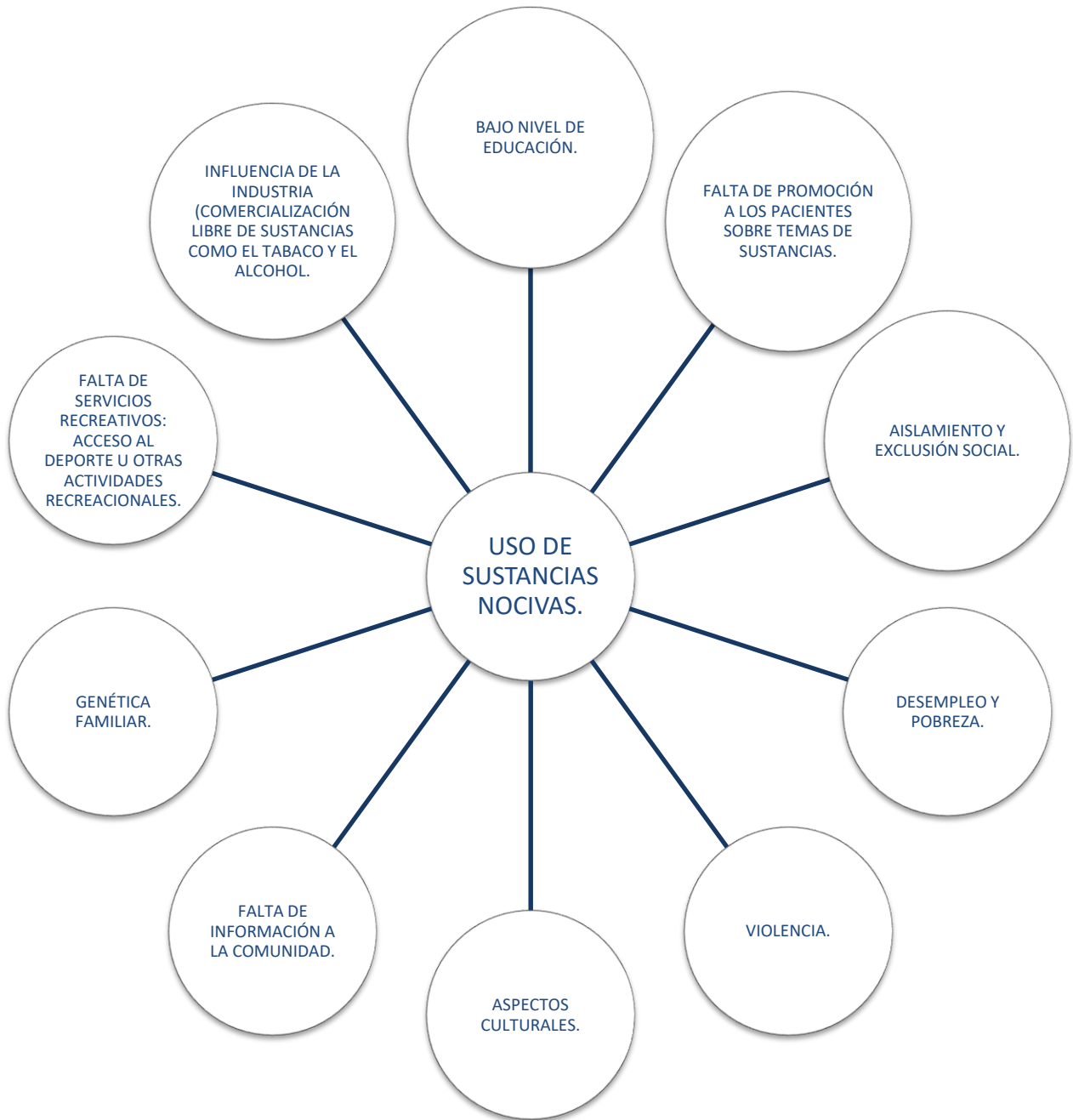
**Tabla 30. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a uso de sustancias nocivas.**

<i>Antes los jóvenes se dedicaban más a jugar a vacilar, andar con las muchachas, jugar sanamente, pero hoy en día se ve a los jóvenes que pasan en las esquinas con los teléfonos fumando.</i>
<i>Hablando de adicciones de drogas se convierte como un rechazo.</i>
<i>Chévere si tú consumes con precaución no te va a pasar nada.</i>
<i>Para mí no es una droga, lo veo como algo normal, pero todo con su debida precaución saberse controlar hasta qué punto uno puede tomar.</i>
<i>Empecé a fumar tabaco por curiosidad veía a la gente fumar y me fumaba uno que otro, pero no en exceso ya que depende de uno.</i>
<i>He consumido todo lo que es alcohol , cigarrillos yo comencé desde temprana edad porque mi vida fue muy difícil.</i>
<i>Un cigarrillo otro y otro sucesivamente y ya te vas acostumbrando a ello, hasta que yo también andaba con mi cajetilla.</i>
<i>Mi tía casi se intoxica una vez ella tomo tanto que en un momento se colocó morada vomitaba demasiado.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

### 4.9.3. USO DE SUSTANCIAS NOCIVAS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 35.** Uso de sustancias nocivas en el centro de salud tipo C los Rosales.  
**Elaborado:** Datos de la investigación.  
**Autor:** Investigadores.

#### 4.10. CAPÍTULO INTERCULTURALIDAD.



Figura 36. Interculturalidad.  
Elaborado: Wordsalad.  
Autor: Investigares.

En la figura 36, en este capítulo se puede observar la palabra central Gente, seguido de las palabras tsafiki, cambio, comida, entender, casa, padres, aprender, mestizo, escuela, Ecuador. Palabras que encierran este tema y como se construye la interculturalidad en las personas del centro de salud los Rosales.

##### **4.10.1. TODOS SOMOS IGUALES CON LOS MISMOS DERECHOS.**

En el Ecuador, es imperante que la interculturalidad se la conciba como una nueva forma de pensamiento que tiene que llevarse a la práctica debido a que es un territorio pluricultural y que siempre ha estado caracterizado por ser una sociedad altamente inequitativa. Para que pueda aplicársela en el sector salud (y en todos los demás sectores) como un eje transversal y de desarrollo, primero hay que trabajar en la eliminación de tres tipos de opresión: la discriminación étnica y cultural, la inequidad económica y la exclusión política. El Estado ecuatoriano sólo podrá ser intercultural cuando se convierta en promotor del respeto de los derechos en la diversidad para que ya no existan las denominadas “culturas subalternas”, basándose en tres principios que no



pueden separarse uno del otro: tolerancia, diálogo e integración. El Estado deberá trabajar con otros sectores sociales para generar una democracia inclusiva y de participación plena (Álvarez, 2012, Pág. 50).

Dentro de la constitución del país se habla de que en el Ecuador no debe de existir diferencias entre las personas todos están cobijados por la misma ley que garantice la igualdad y equidad en todos sus planos sean salud, religión, política, educación entre otros.

En la población del centro de salud Los Rosales encontramos diversidad de culturas resultantes de movimientos migratorios, teniendo personas de la costa, sierra, oriente, extranjeros, y todos deben recibir el mismo trato sin distinción alguna, el conocer su forma de vida sus creencias sus ideologías su historia es lo que nos llevó a realizar esta investigación y esto fue lo que encontramos.

*Cumplo 16 años de estar aquí en el Ecuador, el cambio fue muy brusco en el sentido de que primero las costumbres, la comida, la gente, Incluso el aprender palabras nuevas que me vi obligado a aprender, y si me escuchan el acento ya casi lo he perdido para acoplarme a la sociedad ecuatoriana, porque le cuento una anécdota que me pasó, un profesor salió hablando algo y la cosa es que yo le dije usted está mamado de leer tanta cosa, y que fue la respuesta del profesor, cogió me trató mal, me dijo te me sales patán, sin entender que mi palabra mamado en Colombia es algo normal y significa estar cansado, me tocó tratar de acoplarme al lenguaje ecuatoriano para no tener este problema.*

*(Testimonio de Colombiano de 30 años, historia de vida)*

*Me conversaba mi hermana que a ella le decían longa, le decían serrana come papa con gusano, se sentaba en las primeras sillas y la de atrás le jalaba el pelo, había una gente morena en la casa de atrás de mi papi, esa gente era muy peleona a sí mismo nos decían serranos come papa con gusano, jugábamos con unos vecinos que eran costeños con ellos siempre jugábamos era gente de confianza con unos compadres.*

*(Testimonio de femenina de 43 años, de Quevedo, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas, historia de vida)*

Las costumbres de cada pueblo, sus ideologías marcan su distinción, pero eso no excluye el tener los mismos derechos, en la cultura tsáchila el ver como se decide su forma de vida, sus parejas para formar su familia, nos demuestran el significado de interculturalidad que no solo se refiere a ser indígena, mestizo, mulato, montubio; y con el devenir de los tiempos los cambios en la sociedad obligan a cambiar algunas costumbres y eso lo podemos ver en el siguiente relato.

*Mis padres pidieron la mano de esposa así no mas era yo no la conocía el trato era entre padres, antes era así, menos mal no salió fea salió bonita (se ríe), tocaba llevar guanta, guatuso, el comprometido tenía que llevar al suegro cosas, tenía que demostrar que él sabía cazar, trabajar, en ese tiempo no permitían casar con otros, el gobernador Calazacón él decía no casa con gente blanca, él decía que no entrecruza entre mestizo y si deja él no va a recibir en comuna, y como ahora ya cambio la ley ya esa se aprendió en la escuela civilizando a jóvenes, ahora ya permiten casar, mi hijo se casó con una mujer de Ambato, antes sabían coger preso era más controlado, para la fiestas se coloca la ropa de*

*tsáchila para ponerse guapos, ya mis hijos no se visten así ellos ya no quieren solo para el kasama nos ponemos guapos.*

*(Testimonio de masculino de 75 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas, historia de vida)*

La interculturalidad obliga a los pueblos a interactuar constantemente e incluso a interpretar formas de idioma, en relación a los servicios que se prestan en el centro de salud Los Rosales al existir diversidad de culturas todo el personal que labora dentro de este centro de salud tiene que estar con la capacidad para brindar sus servicios sin distinción.

*Con los extranjeros, ellos pertenecen al grupo de atención prioritaria dentro de las personas de movilidad humana, entonces como tal entra al grupo como que fuera una mujer embarazada, una persona con discapacidad eso quiere decir que es un grupo de atención vulnerable y por lo tanto nosotros tenemos que priorizar la atención con ellos, con los tsáchilas si hay mucha dificultad en el tema del idioma entre el tsafiki y el español ya que nosotros no manejamos el tsafiki, entonces cuando ellos se quieren comunicar tú tienes mucha dificultad para explicarles y hacerte entender, entonces tú tienes que irles haciendo señas, gesticulaciones, toca buscar el método para que el paciente pueda entender y pueda tomar la medicación de una manera eficiente.*

*(Testimonio de licenciado de 32 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

El ir de una ciudad a otra permite el intercambio cultural, ya sea en la alimentación, vestimenta, estudio, en el sistema de salud, entre otros.

Esta forma de comunicación consiente que exista una fusión entre culturas como lo podemos ver en nuestros entrevistados.

*Me considero mestizo, nací en las Golondrinas provincia de Esmeraldas, residente en Santo Domingo desde hace 15 años por tema de educación, allá no era muy buena era un nivel un poco bajo entonces yo decidí venirme como mi hermano, vivimos unos cinco años y de ahí vinieron mis padres, en lo personal si sentí mucho placer venirme acá a Santo Domingo por el tema de la educación, el rose con otro tipo de gente, la salud uno puede hacerse atender acá más completo el sistema de medicina, me gusto la comida, la actitud de la gente hay variedad aunque me gustaba y extrañaba la comida de mi casa lo que preparaba mi mamá.*

*(Testimonio de masculino de 33 años, de Esmeraldas, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Para que puedan asociarse interculturalidad y salud, es indispensable que se eliminen todo rezago colonial, que se construya un verdadero estado plurinacional, en el que se respeten y acepten las diferencias y, por tanto, en el que se valore la diversidad. El estado no puede pretender unificar a los pueblos y nacionalidades a la cosmovisión occidental, sino que tiene que proteger sus legados culturales: él tiene que ser el mayor propulsor para que se reconozca el sentido de las culturas indígena, montubia y afro. Sólo así podrá pensar en ejecutar políticas públicas interculturales. En la actualidad y con la vigencia de la Constitución de 2008, las políticas públicas tienen que dejar de ser un asunto de expertos ya que ésta propicia la construcción de políticas públicas

participativas, es decir, brinda la oportunidad a que gente de los pueblos y nacionalidades sean partícipes activos de su gestión e implementación (Álvarez, 2012, Pág. 51).

La interculturalidad debe entenderse desde los parámetros de la globalización. Esta última ha hecho que se acorten las distancias: el auge de la tecnología ha provocado que la gente pueda entrar en contacto en cuestión de minutos. La desterritorialización del espacio ha facilitado que los distintos mundos de vida se entrecrucen e interpelen y que se dé una acelerada transformación de las culturas: el Mundo es ahora un universo abierto. Lo intercultural aparece en innumerables campos de estudio como alternativa a la multiculturalidad y busca la relación con lo diferente ya no desde la inequidad sino desde la igualdad en un mundo poli céntrico (Álvarez, 2012, Pág. 37). Dentro de este estudio evidenciamos que la amplia variedad de pacientes que acuden al centro de salud los rosales, en su mayoría provinieron de movimientos migratorios trayendo consigo riqueza cultural para entremezclarse con otras culturas y formar una nueva.

#### **4.10.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A INTERCULTURALIDAD.**

**Tabla 31. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a interculturalidad.**

<i>En Manabí ya no tenía casi nada que hacer me quede por acá, es bonito el clima.</i>
<i>La venida para acá fue por mis hijos, ya nos quedamos ya nos enseñamos.</i>
<i>yo entiendo que etnia nosotros somos ecuatorianos digo somos Ecuador.</i>
<i>Yo la verdad no digo que soy mestiza ni nada, no conozco esta palabra.</i>
<i>Lo que más extrañaba a mi familia me sentía sola o sea las costumbres cambiaban.</i>
<i>Bastante cambio porque en Manabí la gente es más amigüera, uno se va adaptando.</i>
<i>Me considero blanco, me viene por mejores días, porque mi tierra sinceramente no hay trabajo.</i>
<i>Yo soy de Santo Domingo, me hubiese gustado aprender tsafiki en la escuela.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

### 4.10.3. INTERCULTURALIDAD EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 37. Interculturalidad en el centro de salud tipo C los Rosales.**  
**Elaborado: Datos de la investigación.**  
**Autor: Investigadores.**

#### 4.11. CAPÍTULO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.



Figura 38. Relación médico-paciente.  
Elaborado: Wordsalad.  
Autor: Investigadores.

En la figura 38, en este capítulo se puede observar la palabra central Confianza puesto que en sus relatos vinculaban mucho al médico como la persona quien tiene que darla para poder contar sus problemas sin limitaciones, seguido de las palabras doctor, atendido, médicos, doctores, enfermedad, relación, excelente. Palabras que encierran este tema y como se construye la relación entre dos personas en el centro de salud los Rosales.

##### 4.11.1. LOS DOCTORES SI ME HAN DADO ESA CONFIANZA.

El hombre ha padecido enfermedades, a lo largo de la historia, y el médico es quien se ha preocupado de conocerlas cada vez mejor. Las diferentes sociedades y culturas han propuesto interpretaciones diversas de la salud y la enfermedad, así como sobre las funciones del médico y del enfermo. Estas significaciones han influido, de manera notable, sobre la relación médico-paciente, que se ha ido modificando a lo largo del tiempo (Izurieta, 2015, Pág. 9).

Desde la antigüedad de la medicina se habla sobre la relación que se entabla entre el médico y el paciente, y como todo ha ido teniendo cambios durante su devenir en la historia, es importante

conocer como se ha construido está en el centro de salud Los Rosales y para ello tenemos los siguientes relatos.

*Muy bien para que yo ya tengo diez años aquí haciéndome atender de la presión, y si han sido buenos doctores a pesar de que unos van otros vienen, para que no me quejo de este centro de salud porque yo estoy aquí años y si han sido amables, buenas personas a más de buenos doctores son buenos amigos.*

*(Testimonio de femenina de 54 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Con la doctora excelente es la única doctora que me ha atendido así en la consulta, me ha ido bien hasta el momento me ha dado confianza a contar mis problemas, incluso cosas que a ningún médico le había dicho.*

*(Testimonio de femenina de 48 años, de Quito, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Me han tocado unos buenos doctores doctoras que merecen su respeto y consideración para mi me voy muy agradecido y ya le digo cuando me brindan esa voluntad con esa manera de conversar, yo voy muy agradecido y muy contento: yo tengo el número del doctor y la doctora yo le llamo, yo tengo esa confianza, esa amistad, y yo puedo decir doctor tengo tal enfermedad aconséjeme, entonces me dice vengase aquí, es bonito tener esa confianza.*

*(Testimonio de masculino de 73 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*



La predisposición que se tenga de parte del paciente y del médico a la hora de expresarse hace que aparezca la confianza entre ellos y esta juegue un papel muy importante, dado que para compaginar con una persona la cual busca ayuda hay que ser empático, brindar un espacio agradable o por lo menos algo acogedor que haga que la persona se sienta algo tranquila y pueda depositar su confianza en el médico.

El modelo paternalista, se caracteriza por una comunicación unidireccional, en el cual tanto los conocimientos y la experiencia del médico son suficientes para garantizar la seguridad del paciente, quien asume un rol pasivo limitándose a escuchar y cumplir las indicaciones y recomendaciones que proporciona el médico, sin cuestionarlas (Izurieta, 2015, Pág. 38-39).

El médico debe darse tiempo, detenerse y ser receptivo a lo que expresa la otra persona tanto verbal como no verbalmente. Demostrar interés en la otra persona, en lo que le está pasando y lo que siente es parte fundamental de una comunicación empática, y determinará la relación entre el médico y el enfermo (Goic, 2004, Pág 1435-Revista Médica de Chile).

*Me ha tocado como dos veces con una doctora y con el otro doctor tres veces, esas personas me atendieron bien, me revisaron, se supieron presentar y supieron hacerme entender de que es esta enfermedad, como debo cuidarme, de ahí los otros doctores hubieron como dos que simplemente me dijeron como se llama, que medicina toma listo, me dieron la receta y nos vemos, algunos médicos le dan confianza, a veces la enfermedad es hasta un poco psicológica, ese doctor me explico hasta me hizo un dibujo, yo salí contento de como el hombre se expresó, también en la forma de ser de él, yo soy una persona bien cerrada, bien explosiva, rapidito me da enojo, me cierro, y ese señor supo*

*tratarme, y la doctora que me atendió no me dio ni vergüenza, me dio confianza, hasta para que uno pueda explicar todo lo que uno tiene.*

*(Testimonio de masculino de 40 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*La relación con los médicos por lo general ha sido algo complicada y más porque yo tengo un carácter medio fuerte o exigente que cuando acudo por alguna emergencia los he encontrado no sé si cansados y ahí hay el conflicto porque creo que no me atienden bien, aunque sé que debo ser más tolerante.*

*(Testimonio de masculino de 32 años, de Esmeraldas, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*La relación médico paciente siempre es aleccionador nunca es rutinario, siempre encuentro novedades, yo creo que crezco con ellos y ellos crecen conmigo, más bien yo creo que yo en lo personal trato de generar esa relación de yo aprender algo de ellos y ellos aprender algo de mí y los dos formamos un equipo.*

*(Testimonio de médico familiar de 59 años, de Quito, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas, grupo focal)*

Sin embargo, la medicina científica occidental tiene su origen en Grecia, al ofrecer una explicación racional de la enfermedad y descartar los factores mágico-religiosos. Sin olvidar a grandes filósofos como Hipócrates, quien planteó que en este arte existen tres elementos fundamentales: el enfermo, la enfermedad y el médico, insistiendo en la fuerza potencial de la relación médico-paciente en el proceso de curación, considerando que el paciente es ante todo un hombre que hay

que respetar y comprender y finalmente postulando que no se podía intentar la curación del cuerpo sin pretender la curación del alma (Izurieta, 2015, Pág. 10).

*Yo tengo problemas de hipotiroidismo, la doctora del centro de salud le chequea todo, le explica que tiene que comer que no tiene que comer todas esas cosas, en cambio la doctora del hospital dice hágase un examen de sangre venga de aquí dentro de dos meses, le voy a mandar estas pastillas, pero no entra al fondo a explicar al paciente que tiene que tomar, qué cuidados tiene que tener, explicar un poquito sobre el asunto de la enfermedad, solamente práctica ni siquiera nos explica que nos salió en el examen, se demora menos la otra doctora si se sabe demora en chequear y hasta explicarle, le va viendo los exámenes y le va diciendo que tiene, la ventaja es que ya uno se siente como tranquila porque está en manos de una profesional en cambio desventajas uno en sí no sabe si va a tener cura o no la enfermedad o cómo está, en si uno está como a ciega.*

*(Testimonio de femenina de 43 años, de Quevedo, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas, historia de vida)*

*Con esto de mi embarazo he tenido una atención muy buena, excelente, me han preguntado de todo, de lo que me pasa y lo que no me pasa, antes había una doctora que no mas rapidito veía los exámenes y ya atendido y uno a veces bueno gracias, pero ahorita que he salido embarazada para que muy buena atención hasta me visitan en la casa.*

*(Testimonio de femenina de 34 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

El enfermo por su parte es amigo del médico, depositando su confianza en el médico y por tanto en el tratamiento del mismo, así como su posterior agradecimiento por tratar su enfermedad. Por

lo tanto, el recurso supremo para suscitar la confianza del paciente en el médico y para individualizar el tratamiento fue la persuasión verbal. Platón postuló que el buen médico no prescribe nada al enfermo, por el contrario, le convence de la eficacia de su tratamiento y es hasta que el paciente se encuentre convencido, cuando se lleva a cabo el hecho de establecer un tratamiento que le restablezca la salud. Sin embargo, además de ilustrar al paciente sobre la enfermedad, sus posibles tratamientos y de persuadirlo, el médico griego optaba por una postura pedagógica siguiendo paso a paso como un maestro a su alumno, siguiendo día a día el curso vital del enfermo (Izurieta, 2015, Pág. 11).

*La doctora ha sido bien paciente usted también ha sido bien paciente que le explica paso por paso como debe hacer las cosas, en cambio hay doctores que solo dicen tomen y ya por ejemplo ahorita no sé qué doctor le atendió a una amiga, ella me dice ayúdame negra que no se, le dije estarás embarazada si dice pero la doctora me dio esto y esto pero no me dio explicación de cómo tomar las pastillas, ni a donde tengo que ir, entonces que hice me puse a explicarle, le dije con esto ándate a laboratorio con esto ándate a estadística y con esto ándate aquí a vacunas, y mire eso debería orientarla la doctora y no yo, le habían dado esas pastillas de hierro y no le habían dicho ni a qué horas tomar, y me pregunta a mi yo le dije a las nueve de la mañana que me dijeron a mí que me tome que me tome con un jugo pero sin leche, imagínese eso es una medicación póngase que ella no sabía y se la tome en la noche yo pienso que eso ha de ser malo tomársela en la noche.*

*(Testimonio de femenina de 22 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

El actual siglo con su desarrollo socioeconómico, cultural, político y científico-tecnológico ha traído cambios importantes en el ejercicio de la profesión médica que finalmente influyen en la relación médico-paciente. El desarrollo de la tecnología y la ampliación de los conocimientos, hace que actualmente sean diversos especialistas quienes se encargan de un paciente, influyendo en la relación médico-paciente que el día de hoy podemos percibir. Es necesario recalcar que los hechos históricos, que han sucedido a lo largo de los años han sido la base para lo que hoy nosotros podemos conocer. Todas estas etapas tan distintas unas de otras tienen un común denominador: el encuentro de una totalidad, la del médico, con otra totalidad, la del paciente con un solo objetivo; la salud del paciente (Izurieta, 2015, Pág. 15).

#### **4.11.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.**

**Tabla 32. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la relación médico-paciente.**

<i>Siempre me ha atendido la doctora, siempre me muestra cariño.</i>
<i>La relación con los médicos la verdad normal, el trato excelente siempre me preguntan mis datos y se presentan.</i>
<i>Todos me escuchan hablamos incluso de otros temas y eso bonito.</i>
<i>El doctor me ayuda yo le ayudo, ya él siempre ha sido como un amigo nos damos la mano.</i>
<i>La relación con el medico ha sido buena me da confianza desde el inicio.</i>
<i>Los médicos se están volviendo más de computadora.</i>
<i>El médico debe dar la confianza para hasta poder expresar lo que uno tiene porque hay médicos que tienen cara de ogro.</i>
<i>Me han atendido no solamente en el nivel medico sino también de escucharme personal.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

### 4.11.3. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 39. Relación médico-paciente en el centro de salud tipo C los Rosales.**  
**Elaborado: Datos de la investigación.**  
**Autor: Investigadores.**

## 4.12. CAPÍTULO MUERTE Y RITUAL.



Figura 40. Muerte y ritual.  
Elaborado: Wordsalad.  
Autor: Investigadores.

En la figura 40, en este capítulo se puede observar la palabra central Muerte, seguido de las palabras Dios, muere, vida, persona, cementerio, familia, cielo. Palabras que encierran este tema y como se construye la concepción de la muerte junto con las creencias de las personas en el centro de salud los Rosales.

### 4.12.1. DIOS TIENE UN PROPÓSITO CON CADA UNO.

Sólo recientemente los sociólogos han empezado a interesarse por las experiencias humanas universales de la agonía, la muerte y el duelo. Una de las razones por las que el proceso de la muerte no ha ocupado un lugar más central en la sociología es que éste señala el fin de la participación de un individuo en el mundo social, por lo que parece quedar fuera del ámbito de interés de la sociología. Las sociedades continúan evolucionando, aunque los individuos mueran, y el desarrollo social, más que la muerte individual, ha sido el principal interés de esta ciencia. Otro motivo es que las sociedades modernas siempre han considerado <<tabú>> el tema de la muerte, manteniéndolo fuera de las conversaciones consideradas correctas (Giddens & W. Sutton, 2014. Pág. 429).

Para toda persona el sentimiento de pérdida que deja una persona al morir es muy inconmensurable, solo quedan los recuerdos de esa persona, dentro del contexto latinoamericano la muerte se la puede interpretar de muchas maneras, teniendo en cuenta que las culturas indígenas ven a esta como algo mágico, entablando una conexión más allá y una forma de revivir en otras partes sean de carácter material o animal, la población de personas del centro de salud Los Rosales poseen una cultura diversa llena de místicas tradiciones todas ellas con un propósito, el de ver a su ser querido que murió alcanzar un sitio de paz en compañía de un ser supremo DIOS, el cual es el que determina su continuidad en la vida terrenal o no, dependiendo de sus actos durante su vida y eso nos cuentan nuestros entrevistados.

*A la muerte le tengo terror, tengo miedo a morirme, por eso le pido a Diosito mi salud, que me de la vida pero con salud, yo sé que tenemos que morir pero no espero ni deseo morirme, las personas que dicen mejor que mi Dios me recoja, que me voy a matar yo les hablo porque no pueden ponerse a un poder de Dios, él sabe cuándo nos trajo y cuando nos lleva, esas cosas no tienen perdón de Dios porque se están yendo contra la voluntad, dicen que esos espíritus son los que están vagando, no porque ellos no tienen el llamamiento de Dios, se mataron, ellos se quitaron la vida y es malo, tenemos que esperar, yo sé que Dios sabe para cuándo me tiene destinado mi muerte.*

*Mis costumbres cuando alguien muere, se suele amanecer en el velorio, a mí no me gusta ir a un velorio un ratico, me amanezco y hasta que le entierren regreso a la casa, ahí yo me siento tranquila si fueron amigas, amigos compadres o alguna otra cosa ahí me siento tranquila que hasta el último momento estuve yo con ellos, si no lo hago me queda una*



*cosa bien fea, uno se viste de duelo de la forma antigua yo voy de negro esa es mi tradición, de noche se le está rezando a lo que se le está velando nada más.*

*(Testimonio de femenina de 80 años, de Machachi, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Existen otras personas en donde según ellos presenciaron la muerte y Dios les concedió una oportunidad para que regresen y cumplan su propósito todo este pensamiento es difícil de explicarlo desde la parte científica, pensando a lo mejor creer que es una alteración psicológica por un evento traumático, pero esto fue lo que nos contaron.

*La muerte es algo que se separa el alma de nuestro cuerpo, yo morí, yo salí de mi cuerpo, pero a recorrer a vagar dicen unos, pero no llegue hasta donde yo quería, hay muchas personas que se encargan de estudiar esto de la muerte dicen que uno sale a recorrer todas las partes, pero no llegue dije yo me regreso, esto lo hable con mi pastor él dice que yo no estaba preparado para morir que yo tengo un propósito que tengo que esperar, entonces que sea la voluntad de Dios.*

*Cuando alguien muere se acostumbra el velorio en cuerpo presente lo acompañan los familiares para velarlo por última vez, eso es lo que se hace, se viste de negro, rezan, traen guitarrista para que canten, en la parte evangélica se habla con el pastor se habla de lo que fue esa persona se canta alabanzas a Dios para que lo acoja en su seno.*

*(Testimonio de masculino de 72 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Entender este proceso el cual está dentro del ciclo de vida y siendo este el último, nos hace plantear una interrogante, que puede existir más allá de la muerte, pues bien, hay algunas personas que consideran que luego de la muerte las personas que en sí poseen un alma es decir algo no material no visible, sale del cuerpo y tiene que ir a un lugar llamado cielo o infierno, es lo que podemos ver en el relato a continuación.

*Es algo difícil hablar de la muerte, porque no todos estamos preparados para morir, pero yo considero que la muerte es porque nos toca, como yo digo en el cielo nos necesitan más que aquí en la tierra, dependen de las acciones que hayamos tenido en la vida y hasta ese momento, o bien se van al infierno o bien al cielo, a la vida eterna como dicen, en mi familia se lo considera así, que uno tiene que tratar de ser una persona correcta para alcanzar la vida eterna y estar al lado del señor.*

*En mi familia se acostumbra cuando un familiar muere se lo vela en su misma casa, y de ahí se lo entierra y por nueve días no se puede barrer porque consideramos que después otro familiar se vaya a morir, se realizan las nueve noches y cuando se lo entierra, aunque sabemos que ellos no sienten se les lleva buque de flores, se les lleva mariachis lo de los mariachis si es algo como muy tradicional en nuestra familia, al mes se realiza una misa en honor a ellos y de ahí cada año.*

*(Testimonio de femenina de 20 años, de Santo Domingo de los Tsáchilas)*

*Cuando la persona muere por un robo, por un accidente, es algo inesperado que le puede pasar en cualquier momento, es cuando el señor que está arriba decide que estuviste*

*mucho tiempo en la tierra, entonces cuando Dios tiene un propósito en la tierra lo bendice y lo protege, pero si no él tiene un propósito arriba en el cielo.*

*Las costumbres de mi familia es velarle o sea toda la noche, después al siguiente día llevarle al cementerio, cantando y marchando hacer una caminata y enterrarlo en el cementerio, hay personas que quieren morir con cosas que ellos dicen quiero esto quiero el otro es proyectándose lo que quieren llevarse, todos se visten de negro de luto.*

*(Testimonio de masculino de 16 años, de Manabí, residente en Santo Domingo de los Tsáchilas)*

Para la cultura tsáchila. Después de la muerte el alma y su espíritu (pían okó) Se reencarnan en la naturaleza, como árboles, lagunas, piedras cavernas, animales, montañas, cerros, cascadas y en volcanes activos más permanentemente. (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 110).

El poné o chamán realiza el ritual de envío del alma y del espíritu hacia Pípoa, para la creencia de la cultura tsáchila, es el dios sol, al crepúsculo del atardecer, el lugar donde hay paz y vida eterna. (Calazacón Aguavil, Unda Garzón, Sánchez Trávez, & Machuca Vivar, 2017, Pág. 110).

Y en los indígenas tsáchila, siendo esta una cultura muy aferrada a sus costumbres vemos que la muerte y sus rituales no se alejan mucho de lo antes visto.

*La muerte es un mandato de dios, aquí en la casa se lo vela, tenemos que hacer comida de noche, café con pan, se lo vela dos noches y luego se lo lleva al cementerio, se le reza ocho días, acompañan los que quieren acompañar, el padre hace la misa, no se barre por quince días porque si no dicen que se muere otra persona, la ropa del que muere se regala o se vota a basurero, pero en siglos pasados la persona que moría solían las familias dejarle*

*en la choza sin enterrarle y todos los integrantes tenían que irse de ese sitio y construir otro, hasta que se construyó un cementerio donde se los empezó a enterrar en este solo entran Tsáchilas no mestizos.*

*(Testimonio de Tsáchila de 75 años, historia de vida)*

Si bien es cierto que la muerte es el destino irremediable de todo individuo, una etapa en la existencia de todos los seres humanos que conforma el horizonte natural del ciclo vital, no menos cierto es que la amenaza de ser alcanzados por este destino atormenta y preocupa a todos por igual, en vista del misterio que envuelve la palabra muerte.

En el campo de la muerte poco se sabe sobre esta, solo se tienen los relatos, las experiencias de las personas, saber que existe en esa línea en donde se termina su ciclo y querer entender que sigue es la gran interrogante de todas las culturas aferrándose a sus creencias, a su imaginación surrealista y mágica y nada más.

#### **4.12.2. FRASES/TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS ENTORNO A LA MUERTE Y RITUAL.**

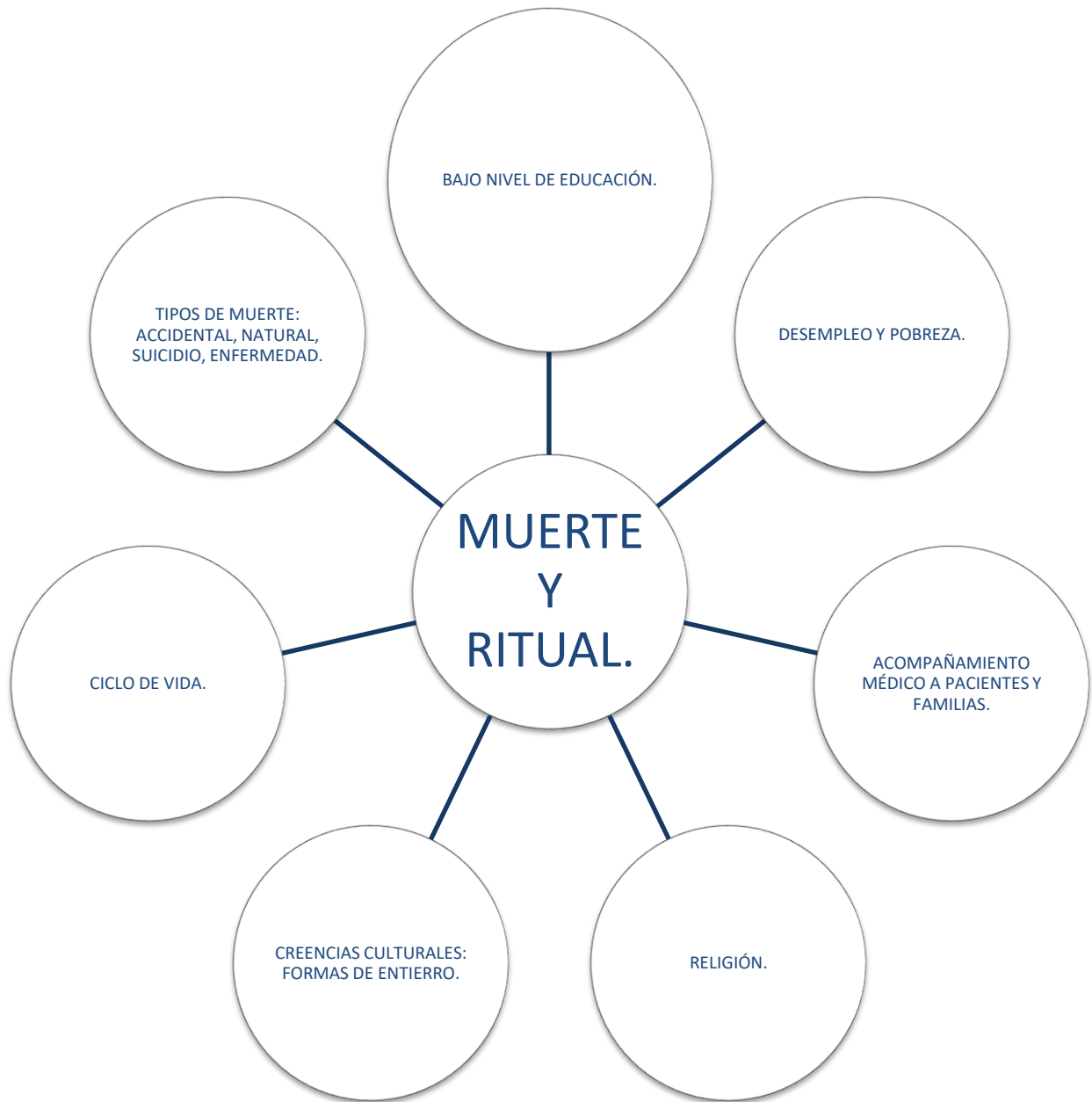
**Tabla 33. Frases/Testimonios más emblemáticos entorno a la muerte y ritual.**

<i>La muerte es ya cuando le toca, si es por enfermedad es una muerte santa.</i>
<i>Uno cuando nace, nace inocente, no conoce a nadie y cuando se muere igual.</i>
<i>La muerte, si ha de ser feo la muerte yo no quisiera morirme por no dejar mis hijos botados.</i>
<i>Antes se forraban de negrito hasta cumplir un año o la que tenía más dolencia hasta cumplir dos años.</i>
<i>El cuerpo de ella está muerto pero el alma de ella está viva en nosotros.</i>
<i>yo creo que no hay vida después de la muerte.</i>
<i>Bueno en base a la religión que yo sigo pues luego de la muerte viene el descanso eterno junto a Dios.</i>
<i>Hacemos acompañamiento a los familiares que son más allegados y que quedan más vulnerables.</i>

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Autor:** Investigadores.

#### 4.12.3. MUERTE Y RITUAL EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES.



**Figura 41. Muerte y ritual en el centro de salud tipo C los Rosales.**  
**Elaborado: Datos de la investigación.**  
**Autor: Investigadores.**

## **HISTORIAS DE VIDA.**

Nuestros invitados para historias de vida, nos permitieron saturar la información de la investigación en cuanto se refiere a la construcción de la interculturalidad, el sistema sanitario y la relación médico paciente en el centro de salud tipo C Los Rosales abordados desde sus ciclos vitales comprendiendo la niñez, la adolescencia, y adulto rescatando lo más importante de cada ciclo.

Las historias de vida se presentan de la siguiente manera:

1. Historia de vida de un residente en Santo Domingo. (Entendiendo a esta persona como aquella que nace en el Ecuador y vive en Santo Domingo)
2. Historia de vida de un migrante. (Entendiendo a esta persona como aquella que nació en otro país y migro a Santo Domingo)
3. Historia de vida de un tsáchila. (Entendiendo a esta persona como aquella que nació en la cultura tsáchila).

### **HISTORIA DE VIDA DE UN RESIDENTE EN SANTO DOMINGO.**

Yo soy nacida en la ciudad de Quevedo de la provincia de los Ríos, tengo 44 años soy casada, me considero mestiza.

Vivo en Santo Domingo desde hace 21 años conocí a mi esposo desde el trabajo y de ahí ya nos casamos y nos vinimos a vivir para acá.

Mi ocupación actualmente es de comerciante; mi religión católica.

### **CICLO DE VIDA DE NIÑEZ.**

Yo soy la séptima de mis hermanos; bueno lo que me conversaba mi mami era que ella todos sus partos fueron en la casa con una partera nos informaba que ella le hacían poner en cuclillas con

una tina de agua de ahí le hacía pujar y él bebe caía ahí todo era anteriormente más con la partera. Nosotros fuimos ocho, dos fallecieron estamos seis vivos.

Mi mami nos envolvía como ella era de la Sierra siempre se acostumbraba a envolvernos, nos pasaban por eso de palo-santo, nos calentaba la mollerita para que no nos resfriemos, para que no nos de esa cosita que hace que haga la caquita negra nos calentaba la barriga. Siempre nos ponían esas pulseritas rojas de pepitas eso nos ponían a todos.

Mi mami les llevaba esas tradiciones a las vecinas, mi papi fue llevando al resto de hermanos a Quevedo sólo mis dos hermanos mayores nacieron en la sierra.

Había racismos me conversaba mi hermana que a ella le decían longas que le decían Serrana come papa con gusano , mi hermana decía que se sentaba en las primeras sillas y la de atrás le jalaba el pelo , como mi hermana se hacía sus trenzas tenía el pelo largo le jalaban la trenza, había una gente morena la casa de atrás de mi papi esa gente era muy peleona a sí mismo nos decían serranos come papa con gusano venían y nos buscaban pleitos a mí me pegaron me acuerdo que me lanzaron tuvieron que salir mis hermanos en defensa.

En la casa mi papi siempre fue machista siempre lo que es cosa de niñas cosas de niñas, lo que es de niño de niño mi mami le ponía a veces a mi hermano a lavar platos y mi papi se molestaba le decía que para eso son las mujeres que los hombres son para otras cosas para arreglar el carro, ayudar en el carro, pero igual nosotras con ser mujeres igual le ayudamos en el carro.

En ese tiempo había televisión de blanco y negro, nos poníamos a ver dibujos animados o nos poníamos a jugar con mis hermanos.

Mi mami siempre nos desparasitaba cada año compraba sus sobrecitos que vendían en los centros naturistas antes se botaban enteros esos bichos, mi hermana botaba boca por la nariz. Bueno mi papi, mi mami siempre tenían de confianza un doctor de Medicina general de Quevedo él era su

médico de confianza a todos nos curaba ese doctor, en las escuelas nos llegaban a poner vacunas, casi los centros de salud no se ocupaban antes o sino se iba al hospital directamente.

Bueno en sí yo creo que mi papi le faltaba más conversar con sus hijos ser más cariñoso él no nos demostraba mucho cariño, el trataba de darnos lo mejor que podía a todos nos compraba por igual. Asimismo, cada vacación nos llevaba de paseo cada semana nos íbamos de paseo juntos siempre tratábamos de ir todos.

Para mí la vida es bonita en si mis papás estrictos, pero yo agradezco también eso porque gracias a ellos nos enseñaron los valores, y por ellos soy lo que soy.

### **CICLO DE VIDA DE ADOLESCENCIA.**

Bueno en mi tiempo lo que era el colegio, una etapa bonita, no se hablaba de ciertos temas, solamente lo básico lo que es sexo femenino sexo masculino, pero en sí hablarnos de como uno tiene que cuidarse tanto de esas cosas no. Y con los padres tampoco era como reservado cuando comencé lo que era la menstruación fue de un rato a otro que me bajó la menstruación le dije a mi mami , ella me enseñó que era lo que tenía que usar las toallas íntimas eso y me dijo que ya comenzaba yo hacer una señorita y que eran los cuidados de antes que se uno debía tomar precaución en los días de la menstruación que no debía comer cosas inconosas, que no tenía que tomar cosas heladas, no podía bañarse en sí cuidarse esos días porque el cuerpo está delicado. Mis compañeras comenzaban a tener enamorados, mi papi me decía que si me gusta tal chico ya decía que uno ya andaba buscando marido, mejor no tenía novio. Siempre nos mandaba a andar acompañada de mis hermanos, nunca solas.

### **CICLO DE VIDA DE ADULTA.**

No terminé mis estudios superiores, que era lo que yo quería.



Mi madre falleció hace poco lo que me causa tristeza y dolor, me gusta recordar y recuerdo que mi mamá nos curaba con plantitas medicinales, entonces ya uno ya va transmitiendo a los hijos, por ejemplo, que, si nos daba agüitas aromáticas para tal cosa y nos hacía efecto, entonces uno también le hace los hijos van transmitiendo de esa forma, escribo comidas que mi mamá me hacía. Yo trato de no descuidar mi de la salud, tanto la de mis hijos como la mía estoy mes a mes, veo que algo no está normal tanto en lo que es lo de mis hijos como lo mío por ejemplo yo ya llamé y solicité que me dé una cita médica para hacernos chequeo.

Por ejemplo yo tengo hipotiroidismo me gustaría que expliquen en fondo sobre esta enfermedad, yo ya me he hecho atender de forma particular como en la parte pública, y mire la doctora particular me dijo termina el tratamiento y si ya está normal de ahí tendría que estar año tras año chequeándose , en cambio la otra doctora no me explica ampliamente , pero usted tiene que ver que uno a veces no tiene como pagar una atención particular, debería haber mejor trato y dar esa confianza para uno hacerse chequear.

Le puedo decir que hasta aquí mi vida, ha tenido experiencias buenas ser madre pasar por el rol de madre, disfrutar ver que una parte de nosotros va a quedar en este mundo después que uno se vaya, y experiencias desagradables, hay veces en el matrimonio no todo es color de rosa existen tropiezos desacuerdos o contradicciones con la pareja, pero de eso se aprende esa es la vida.

### **ANÁLISIS:**

Para este adulto lo más importante en sus ciclos de vida fue en la niñez cuando ella presenció la violencia intrafamiliar, el consumo de alcohol por parte de su padre el cual desencadenaba violencia, agresión física, psicológica a todos los integrantes de su hogar. También marca el rechazo cultural que fueron víctimas de sus vecinos y compañeros de escuela por ser de la zona sierra del país.

En la adolescencia la poca apertura al diálogo con los padres se convirtió en un factor influyente para que en la actualidad ella no pueda hablar con sus hijos sobre este tema tan importante como lo es el de salud sexual y salud reproductiva.

El afrontar la muerte de su madre ha generado en ella una preocupación exagerada del control de su salud y su familia pensando en que el sistema de salud tarda mucho en actuar al momento de detectar alguna patología.

Esta persona ha tenido experiencias de atención de su salud en la institución pública como privada en lo cual nos hace referencia que si existe mucha diferencia desde la atención hasta el tiempo que le dedican y los tratamientos.

Las costumbres que su madre le dejó como legado al momento ella las está practicando y piensa que debe de dejarles las mismas enseñanzas a sus hijos, lo que se reconocería como una herencia cultural.

### **HISTORIA DE VIDA DE UN MIGRANTE.**

Yo tengo 30 años de edad, soy casado mestizo, nací en Colombia en el departamento de Nariño, estoy aquí viviendo en Santo Domingo prácticamente 8 años, cuando vine de Colombia fui directamente a Riobamba en dónde me dirigí estudiar, pero bueno me puse a trabajar y ya me quedé por acá, me quede a mitad de la carrera no termine. Actualmente tengo un pequeño negocio, me dedico al comercio en sí.

Soy de religión católica eso me inculcaron mis padres desde pequeño.

### **CICLO DE VIDA DE NIÑEZ.**

Yo soy el primer hijo de cinco hermanos, pues mi mamá tuvo un segundo compromiso con el que tiene mis otros hermanos yo soy de un compromiso muy distinto.

Bueno mi mamá siempre dio a luz en el hospital, eso nos cuenta ella. Ella siempre era pendiente de mis vacunas y controles, no me puedo quejar.

En el barrio había un señor que se dedicaba a curar en este caso pues él utilizaba algunos tipos de pomadas y utilizaba también mucho lo que es la orina de uno , y con eso nos trataba de calmar los dolores, casi al médico así no me llevaba por este tipo de problemas porque creo yo que le decían como que era algo normal; me cogía ese tipo de dolor más que todo en las piernas y pues me llevaban una parte que se llama las aguas hediondas eso está en el límite aquí con el Ecuador son aguas termales eso le ayudaba a uno para que calmara porque eso era prácticamente que me faltaba vitaminas o algo así por el estilo.

Yo estudié en la escuelita de mi barrio y la profesora la directora de la escuela ella era súper amiga de la familia y resulta de que yo me acuerdo que en ese tiempo yo tendría 4 años y mi mamá le encantaba estar conmigo enseñándome a escribir a leer canciones y todo eso y a mí me encantaba mucho la escuela y según lo que me cuenta mi mamá es que mi abuelita se puso en contacto con la directora para que me ayudarían a meterme a la escuela porque no cumplía todavía la edad , allá se llama el kínder no es como aquí que incluso todavía no me adapto a los números que les ponen a los grados aquí , pero allá es kínder y justamente se entran a los 5 años pero yo tenía cuatro , pero las capacidades que yo tenía en este caso y en este caso la influencia hicieron que yo entrara. Yo le cuento que algo así como que me causó impacto en la escuela era el hecho de que no tenía papá, yo no conocí a mi papá porque mi mamá tuvo un compromiso y justamente pues mi abuelo él era militar y él les castigaba y cuando se enteró que mi mamá estaba embarazada cogieron y la apartaron y ahí fue donde yo nací allá en Colombia. Mi papá es ecuatoriano.

Sí eso marcó de mi niñez en mi escuela porque todo el mundo preguntaba que mi papá mi papá, y ya pues esa era la jodedera de todos mis amigos. Lo vine a conocer en mi adolescencia, pero como le digo eso fue una de las partes como que marcaron la niñez.

Mi abuelo él sí fue y seguirá siendo como mi papá.

Yo de niño tuve que presenciar mucha violencia en la casa por esta cuestión agresiones físicas, verbales y psicológicas entre mi mamá y mi padrastro.

Me acuerdo para desparasitarme siempre era en la casa, con productos naturales o lo que nos dieran ahí.

Vengo de una familia católica, mis bisabuelos fueron católicos siempre teníamos esa tradición de ir a la iglesia en las navidades siempre se daba la novena, hasta la actualidad.

### **CICLO DE VIDA DE ADOLESCENCIA.**

La costumbre que la gente tiene siempre relacionar Colombia con guerrilla, se veía mucha violencia en mi juventud yo tenía incluso la experiencia de que en mi colegio había las pandillas. Yo presencie muchos actos en donde la gente quería meterse a las pandillas, pero para eso tenía que robar o tenía que hacer algún acto criminal para poder pertenecer a ellos y ser aceptado.

Algo que marcó mi adolescencia venir al Ecuador, dejar mi familia cambiar mis costumbres cambiar mi forma de pensar de hablar yo creo que eso fue lo que más cambio en la juventud yo creo el hombre es un animal de costumbre y dónde vayas se adapta y es una forma de subsistir.

### **CICLO DE VIDA DE ADULTO.**

En Colombia recibía atención, el médico que me atendía para que él desde la entrada se presentaba, me nombraba me llamada por mi nombre o por último me preguntaba cómo te gusta que te llame. Aquí en el Ecuador he tenido experiencias buenas y malas, creo yo que el distanciamiento, que ocasiona el hecho de no presentarse de darle un trato distinto, uno les va a contar su dolor sus

dolencias sus penas, entonces yo creo que eso sí debería ser importante que sean donde sea el médico debería guardar un poco de respeto al paciente y ser un poco más gentil que se presente y que le dé un buen trato. Como ventajas la confianza que me dan, pero desventajas pues que uno ya no volvería a la consulta, yo ya no le diría no le recomendaría ni siquiera a mis amigos que vayan con ese doctor.

Bueno en este punto de mi edad adulta yo creo que lo que más marca es el tener mi hogar formado, pero con ellos planes que todavía faltan por cumplir por realizarse y que espero Dios me dé la vida para poderlos hacer. Tener salud, y siempre estar con mi familia y claro que me vaya bien en mi negocio para tener estabilidad laboral.

Lo que, si he perdido mis costumbres, me he adaptado a otras, tengo doble nacionalidad, a mi país viajo unas dos a tres veces al año.

### **ANÁLISIS:**

Los ciclos de vida de esta persona han sido muy marcados por factores familiares, psico sociales, lo cual se pudo evidenciar al ver que sus relatos siempre fueron en torno a violencia en casa y fuera de ella, el consumo de sustancias influenciado por el sistema nacional de su país, los cambios que presento durante la adolescencia, al migrar a este país donde el explico que tuvo que afrontar xenofobia y adaptar costumbres en su vida para desenvolverse de mejor manera dentro de este país en el cual al momento reside.

Al hablar sobre el sistema de salud y compararlo con los de su país dejo en claro que existe mucha diferencia lo cual se puede contrastar con lo expresado en la literatura y políticas de estado.

## **HISTORIA DE VIDA DE UN TSÁCHILA.**

Yo tengo 75 años de edad, no sé leer ni escribir, mi mamá murió cuando yo era pequeño, yo quede con papá, soy Tsáchila. Católico.

### **CICLO DE VIDA DE NIÑEZ.**

Éramos un hermano, yo y mi papá, en ese tiempo se jugaba pelota con la bomba de caucho nosotros mismo la hacíamos, aquí fútbol.

El achiote en la cabeza desde joven nueve años en adelante, uno mismo, sabia pintar y el mishilli (corona de algodón) va a dejar guapo.

### **CICLO DE VIDA DE ADOLESCENCIA.**

Yo me case con una mujer de misma comunidad Tsáchila, nos casamos jovencitos.

Mi papá pidió la mano de esposa así no mas era yo no la conocía el trato era entre padres, antes era así, menos mal no salió fea salió bonita (se ríe), tocaba llevar guanta, guatuso, el comprometido tenía que llevar al suegro cosas, tenía que demostrar que él sabía cazar, trabajar. En ese tiempo no permitían casar con otros, el gobernador Calazacón él decía no casa con gente blanca, él decía que no entrecruza entre mestizo y si deja él no va a recibir en comuna; y como ahora ya cambio la ley ya esa se aprendió en la escuela civilizando a jóvenes, ahora ya permiten casar, mi hijo se casó con una mujer de Ambato, antes sabían coger preso era más controlado.

### **CICLO DE VIDA DE ADULTO.**

Había en ese tiempo curandero bueno allá llevábamos en ese tiempo a hacer curar, él Poné (le llaman al chamán) antes era el bueno Abraham Calazacón. También Había el gringo médico que de vez en cuando venía con medicina para curar. Antes de ir a los médicos primero se suele realizar una limpia con plantas y preparados es lo que nos enseñó Abraham y él nos decía que primero hagan eso antes de ir a donde los mestizos, pero eso se está perdiendo con los jóvenes que están

saliendo al centro ya no hay poné bueno como antes. (Habla en tsafiki, hijo traduce). Cuando uno no puede sanar con la limpia uno sale a médico.

Mi mamá dio parto en la casa solita, le cortaba el ombligo con caña guadua y la placenta se la enterraba. A veces dicen que sale cruzado, dicen es niño y uno mismo se la soba para colocar bien yo mismo le colocaba bien, por la forma de la barriga se sabía que iba a ser, los partos de esposa fueron aquí en mi casa yo le ayudaba el primer parto le ayude los otros ya sola paria, y la placenta la enterraba, yo le cortaba el ombligo y se corta el ombligo largo en hombre para que tenga más grande (se ríe, en partes habla en tsafiki y traduce el hijo), ahora algunas de las mujeres hacen atender parto en hospital otras se atiende en casa.

No hay violencia aquí no tenemos casos de esos, Abrahán enseñó a no tener problemas con nadie, debemos de cuidarnos entre nosotros.

Nosotros mismos tejimos faldón el de hombre es dos colores negro y blanco y las mujeres es muchos colores.

Sobre todo, colocamos para Kasama.

Uno mismo sabía cuándo venía gente a vender cualquier cosa, nosotros que más tenía que hacer uno decía señora este quiere ella entendía nos tocó aprender poco idioma de mestizo, y ahí vendía y ya comprábamos, antes era el sucre ahora dólar.

En las fiestas se tomaba chicha de caña, el nepi que es solo para curar.

La muerte es un mandato de dios, aquí en la casa se lo vela, tenemos que hacer comida de noche, café con pan, se lo vela dos noches y luego se lo lleva al cementerio, se le reza ocho días, acompañan los que quieren acompañar, el padre hace la misa, no se barre por quince días porque si no dicen que se muere otra persona, la ropa del que muere se regala o se vota a basurero, pero en siglos pasados la persona que moría solían las familias dejarle en la choza sin enterrarle y todos

los integrantes tenían que irse de ese sitio y construir otro, hasta que se construyó un cementerio donde se los empezó a enterrar en este solo entran Tsáchilas no mestizos.

### **ANÁLISIS:**

En esta historia se puede apreciar que nuestro invitado en sus ciclos de vida fue influenciado por su cultura en este caso de la comunidad tsáchila, todo su desarrollo está en base a sus creencias, a sus costumbres, tradiciones propias de esta cultura.

A través de esta persona se puede ver cómo viven los tsáchilas actualmente y en tiempos pasados lo cual ha existido cambios muy importantes dentro de la cultura y de su familia como el hecho del estado político, sus gobernadores, que antes se dedicaban más a la parte mística, religiosa y de salud, encontrando ahora representantes en todos los sistemas públicos del país, abandonando poco a poco sus tradiciones. Además, se ve cambios a nivel de las reglas que anteriormente regían como irrefutables, un ejemplo de ello fue lo que nos comentó sobre que su hijo se casó con una mestiza y que ellos aceptaron.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES.**

- ✓ **Generales:** Partiendo de que la investigación fue realizada con enfoque cualitativo el trabajo de campo, permitió que los investigadores pudieran interactuar de forma más cercana con las personas del centro de salud los Rosales y poder entender de mejor manera su comportamiento, identificando, sus raíces, sus costumbres, aquello que los identifica y hace únicos.
- ✓ Al realizar este trabajo y siendo el primero en su campo les permitirá a las autoridades del centro de salud tipo C Los Rosales, conocer las características de su población enfocadas en el aspecto etnográfico, entorno a la salud.



- ✓ **Perfil socio demográfico:** Al conocer cómo se construye la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en la unidad de salud tipo C Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas, se pudo determinar que existe un gran número de personas que son migrantes procedentes de Manabí, Los Ríos, Esmeraldas y otras provincias y países, las cuales en su mayoría el determinante para salir de su lugar de origen fue la falta de trabajo, estudio, compromisos con parejas migrantes; también se contrastó los datos con los reportes del INEC corroborando que la gran mayoría se autodefinió dentro de la etnia mestiza y muy pocos de otras etnias; dentro de sus ocupaciones la predominante fue los quehaceres domésticos, seguida de comerciante; la religión de la población entrevistada en su mayoría son católicos, seguida de evangélicos y en cuanto a su nivel de instrucción, la población se encuentra con un nivel secundario y superior con poco analfabetismo.
- ✓ **Salud:** La concepción de salud para la población del centro de salud tipo C Los Rosales fue vista desde un punto religioso anteponiendo a un ser supremo Dios el cual permite mantenerse saludable y poder estar vivo, también desde un punto psico social con factores influyente tanto internos como externos, además viendo a la salud como una prioridad, determinando que para la población entrevistada no se alejó mucho del concepto entablado por instituciones como la OMS, OPS.
- ✓ **Tipos de medicina:** Al hablar de tipos de medicina con las personas del centro de salud, encontramos que la gran mayoría asocian a la medicina occidental con la medicina natural enseñada por la cultura, por sus familiares y siempre basadas en un poder mágico entregado por Dios. También se logró ver que la mayoría de las personas antes de acudir a recibir atención médica anteponen alguna practica ancestral.

- ✓ **Atención sanitaria:** Se puede determinar que el descontento por la falta de turnos para recibir atención hace que las personas en ocasiones tomen una actitud rebelde contra el personal que labora en estadística. Por parte la institución siempre está en busca de alternativas que permitan solucionar las necesidades de los usuarios.
- ✓ **Automedicación:** En el centro de salud no está controlada, sigue viendo casos de personas que ven en esta la forma más fácil de encontrar solución sin medir las consecuencias. Existe falta de capacitación por parte de las instituciones reguladoras de farmacias.
- ✓ **Salud mental:** En el centro de salud tipo C Los Rosales encontramos que la población no está familiarizada con este campo de la medicina, existe desconocimiento pleno sobre el tema, asocia los problemas mentales con cuestiones mágico-religioso, haciendo vulnerable a la población que padece de algún trastorno mental.
- ✓ **Sexualidad:** Se notó timidez, vergüenza en la población mostrando que aún se sigue teniendo al tema como un tabú, e incluso desconocimiento, exceptuando la población de adolescentes en donde la influencia de medios informativos es abrumadora.
- ✓ **La atención del parto:** Está marcada en las personas de la tercera edad por experiencias propias y de sus familiares con parteras y comadronas que en la actualidad se ve poco o escasamente dentro de la zona de Santo Domingo y las pocas que existes según el personal de salud algunas se encuentra capacitadas, sin embargo, para la mayoría de los entrevistados la preferencia de la atención de parto debería ser por médicos los cuales están capacitados para brindar una atención integral.
- ✓ **Violencia:** En la población entrevistada, la violencia fue de características diversas entendiéndose que las personas aún no reconocen los tipos de violencia y por ende desconocen

el accionar que se debería seguir en cada caso, pocas fueron las personas que enfrentaron los actos de violencia con apoyo de la ley y distintas entidades.

- ✓ **Uso de sustancias nocivas:** En el centro de salud tipo C Los Rosales se plantea una problemática de carácter socio-político, dado que se ve al alcohol como una sustancia normalizada por la sociedad al igual que el cigarrillo, manteniéndose como el principal factor de riesgo para desarrollar múltiples enfermedades, e incluso factor de riesgo para problemas sociales y familiares; el consumo de drogas en los entrevistados fue en un menor grado, aunque las estadísticas demuestren lo contrario.
- ✓ **La interculturalidad:** En la población entrevistada se construye a través de la migración de personas que traen consigo costumbres propias de su gente y a la vez estas pueden formar una nueva cultura, en la población de los tsáchilas se nota que las costumbres que fueron forzadas por representantes que en su tiempo marcaron ponencia con sus estrictas normas, en la actualidad se están perdiendo al mezclar las culturas sobre todo en las personas más jóvenes quienes han decidido salir de su comuna para seguir forjando nuevos retos personales y migrando a las grandes ciudades.
- ✓ **La relación médico-paciente:** En el centro de salud Los Rosales se ha ido construyendo de forma conjunta a pesar de las múltiples barreras que se imponen por parte del sistema de salud que por ir a la par de la tecnología obliga al personal médicos a estar frente a un computador disminuyendo el tiempo de contacto con el paciente, ocasionando distanciamiento, falta de confianza y pérdida de continuidad.
- ✓ **La muerte y sus rituales:** Sigue siendo un misterio, contemplando que es un acontecimiento irreversible, propio del ciclo vital del ser humano, doloroso para las personas que experimentan la pérdida de un ser querido, asociado a un evento que en algunas personas le dan ese toque

mágico de surrealismo avistando el paso del alma a otro sitio sea este el cielo o el infierno, y teniendo costumbres distintas a la hora de rendirle una despedida dependiendo de la cultura.

### **RECOMENDACIONES.**

- ✓ Para mejorar la atención del centro de salud Los Rosales se debería solicitar la participación de los usuarios dando sugerencias viables para así poder entender y ver posibles soluciones.
- ✓ Se debería crear canales de información ciudadana local para promover los servicios de salud que brinda el establecimiento y su forma de atención.
- ✓ Se debería seguir investigando sea de forma cuantitativa o cualitativa las características de la población para así dar un aporte de aspecto científico que promulgue políticas de estado que perduren en el tiempo.
- ✓ Promover los puntos interculturales es decir para que la gente tenga confianza y pueda acudir a los diferentes puntos de atención que ofrece el centro de salud tipo C Los Rosales, sabiendo que se respeta su ideología, religión sin ningún tipo de distinción.
- ✓ Promover y concientizar prácticas saludables dentro y fuera de la institución, con el objetivo de disminuir factores de riesgo como el consumo de drogas, alimentación no saludable, tipos de violencia entre otros.
- ✓ Se debería incentivar a los profesionales de salud entre estos:

**A los médicos familiares:** Se recomienda capacitar al resto de personal que labora en el centro de salud con visión integradora.

**A los médicos generales:** Se recomienda mejorar en las habilidades de comunicación asertiva con las personas que acuden al centro de salud a recibir atención.

**A los internos rotativos de medicina:** Se recomienda ser más participativos con la comunidad y con el personal de salud, para que desde ya tengan conocimiento pleno de cómo se trabaja dentro del sistema de salud pública.

**Al personal de enfermería:** Se recomienda seguir apoyando en la educación del paciente en cuestiones de salud.

**Al personal de estadística:** Se recomienda mejorar la atención al usuario disminuyendo tiempos y obstáculos para recibir atención médica.

**A los pacientes:** Se recomienda cumplir con lo indicado por el personal de salud y a la vez ayudar a socializar la información con la comunidad para mejorar la calidad de vida de la población.

- ✓ Mejorar tiempos o espacios para que el personal de salud descargue su nivel de estrés pudiendo ser necesario terapias o grupos de apoyo.
- ✓ Fomentar en las consultas todo sobre sexualidad hablese de planificación, relaciones sexuales de riesgo indistintamente de la edad con el objetivo de tener una población entendida en este tema.
- ✓ Trabajar en los grupos de enfermedades crónicas todo lo referente al ciclo vital entablando guías anticipatorias para cada una de las personas y de la etapa en que se encuentren.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- Barros Gavilanes, P. A., & Albán Feijóo, G. G. (2013). *CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE LOS ESTUDIANTES SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA ESCUELA DE MEDICINA AÑO 2012* . CUENCA: UNIVERSIDAD DE CUENCA.
- (OMS), L. G. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* . Ginebra: OMS.

- A.2017. (12 de MAYO de 2018). *Concepto de Salud (según la OMS)*. Equipo de Redacción de *Concepto*. Obtenido de Concepto de Salud (según la OMS). Equipo de Redacción de Concepto: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Aguilar, A. (2011). (15 de Mayo de 2018). Obtenido de ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/>
- Aguirre Mendoza, Z. (2013). DIVERSIDAD ÉTNICA-CULTURAL DEL ECUADOR. *Revista ESTUDIOS UNIVERSITARIOS Universidad Nacional de Loja, Loja*.
- Alarcón M, A. M., Vidal H, A., & Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile*, 1061-65.
- Almaguer Gonzalez, J. A., Vargas Vite, V., & Garcia Ramirez, H. J. (2014). *INTERCULTURALIDAD Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México, D.F.: Gobierno de la República.
- Alvarez, M. J. (2012). *SALUD E INTERCULTURALIDAD. EN EL ECUADOR, ¿EL CONCEPTO DE*. Quito: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
- Arrubarrena Aragón, V. M. (2011). La relación médico-paciente. *Cirujano General Vol. 33* , 122-125.
- Bacallao Gallestey, J., Alerm González, A., & Ferrer Arrocha, M. (2016). *Paradigma del curso de la vida. Implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Barreno Hernández, G., Martínez Celi, E., Palacios , D., & Vinuesa, G. (2015). *EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD*. Quito: MSP.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de población*, 5-31.

- Bocara, G. B. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara*, 185-207.
- Calazacón Aguavil, A., Unda Garzón, M. E., Sánchez Trávez, D. E., & Machuca Vivar, S. A. (2017). *TSA´CHI LACHI MÍ MA TU AMANA GENTE VERDADERA, CONOCIMIENTO ANCESTRAL Y PRESENTE*. Quito: Editorial Jurídica del Ecuador.
- Castro Jiménez, L., Rincón Moreno, M., & Gómez Rodríguez, D. (2015). Educación para la salud: una mirada desde la antropología. *Rev Cienc Salud*, 145-163.
- Chávez Oleas, H., Samaniego Z., N., & Aguilar Z., E. (02 de 02 de 2009). *MANUAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL*. Obtenido de aplicaciones.msp.gob.ec: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>
- CONTEMPORÁNEAS, S. D. (2016). INTERCULTURALIDAD De dicho al hecho, del relato al impreso. *ENFOQUE*, 1-4.
- de la Torre, M., Cevallos, E., Velasteguí, J., Cabrera, P., & Calderon Layedra, L. (2008). *Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Quito: MSP.
- Díaz Bernal, Z., Aguilar Guerra, T., & Linares Martín, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de salud pública*, 655-665.
- Dörr A, A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Rev Méd Chile*, 1431-1436.
- Fernández Juárez, G. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: Ediciones Abya-Yala.

G., D. J. (17 de noviembre de 2015). *El Curso de Vida: renovando el enfoque y buscando oportunidades*. Recuperado el 31 de octubre de 2018, de El Curso de Vida: renovando el enfoque y buscando oportunidades :  
[https://issuu.com/unidadninezadolecencia/docs/el\\_curso\\_de\\_vida\\_renovando\\_enfoque\\_](https://issuu.com/unidadninezadolecencia/docs/el_curso_de_vida_renovando_enfoque_)  
[e\\_](https://issuu.com/unidadninezadolecencia/docs/el_curso_de_vida_renovando_enfoque_)

GAD MUNICIPAL DE SANTO DOMINGO. (2014). *PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL PDOT 2030*. Santo Domingo: Equipo Consultor.

GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. (2015-2030). *PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS*. Santo Domingo: GAD PROVINCIAL SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.

Giddens, A., & W. Sutton, P. (2014). *Sociología*. Madrid: Alianza.

GOBIERNO MUNICIPAL DE SANTO DOMINGO. (2015). *Agenda de Igualdad 2015-2019*. Santo Domingo: Equipo Consultor.

Gómez García, P. (1998). Las ilusiones de la identidad. La etnia como pseudoconcepto. *Gazeta de Antropología*, 1-16.

González G, D., & Corral F, J. (2010). *Definiciones del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador*. Quito: CHS/ECUADOR.

Hernández Arellano, F. (2006). EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE. *revista unam vol 7 num 8*, 1-7.

INEC INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. (2010). *FASCÍCULO PROVINCIAL SANTO DOMINGO RESULTADOS DEL CENSO 2010 DE LA POBLACIÓN Y VIVIENDA EN EL ECUADOR*. SANTO DOMINGO: INEC.



IZURIETA PACHECO, A. C. (2015). *SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DOCENTES DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, BRINDADA POR LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA PUCE, DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE-*. QUITO: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.

J, A., & Mena, A. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gazeta de Antropología*, 1-10.

L. Menéndez, E. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 11-28.

Laín Entralgo, P. (1985). *Antropología Médica Para Clinicos*. Barcelona: Salvat.

León, W., Yépez, E., Gordón, M., & Armas, D. (2015). *Control Prenatal Guía de práctica clínica*. Quito: MSP.

Marin Gutiérrez, I., Hinojosa Becerra, M., Arrobo Agila, J., & Ruiz San Miguel, F. (2016). El ritual tsáchila. La toma de nepi o ayahuasca. *ResearchGate*, 96-102.

Martínez Novo, C. (2007). Antropología Indigenista En El Ecuador desde la década de 1970. *Revista Colombiana de Antropología*, 335-366.

Marzal, M. (2002). *Tierra encantada. Tratado de antropología religiosa de América Latina*. Perú: Trotta.

Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 33-69. .

Miller, B. (2011). *Antropología cultural*. Madrid España: PEARSON EDUCACION, S.A.

- Ministerio de Salud Pública. (2013). *CONE*. Quito: MSP.
- Moreno, L., Velsaco A, M., Sánchez, J., Bustos, M., Guerrero B, R., Maldonado R, L., & Viteri, M. (2013). *Niñez Excluida en el Ecuador contemporaneo*. Quito: Plan Internacional Ecuador, Fundacion Observatorio Social del Ecuador.
- MSP. (2008). *Guia Tecnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Quito: MSP.
- MSP. (2015). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de práctica clínica* . Quito: MSP.
- MSP. (2016). *Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición*. Quito: MSP.
- MSP. (2017). *Plan Nacional De Salud Sexual Y Salud Reproductiva*. Quito: MSP.
- Oehmichen, C. (2007). Procesos interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina, Siglo XXI. *Misiones*, 198-201.
- OPS, & OMS. (2007). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/MSP/CONASA.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *ALMA-ATA 1978 ATENCION PRIMARIA DE SALUD*. GINEBRA: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS.
- Piñón S, L. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 111-125.
- Pública, V. d. (2017). *Plan Nacional De Salud Sexual Y Salud Reproductiva*. Quito: MSP.
- Raga, F., Farrell, M., Llorens, D., Orti, R., Sánchez, E., Sales, D., . . . Giménez, A. (2009). *Culturas y atención sanitaria*. España: Octaedro.

- 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, 2017-2019*. Quito: PUCE.
- Romaní, O., & Casadó, L. (2014). *Jóvenes, desigualdades y salud: vulnerabilidad y políticas públicas*. Tarragona: Xarxa Vives y de la UNE.
- ROSALES, C. D. (2018). *DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES 2018*. SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS: CENTRO DE SALUD LOS ROSALES.
- Ruiz-Stemberg, A., & Pérez Acosta, A. (2011). Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. *Rev. Cienc. Salud*, 83-97.
- Salaverry, O. (2017). Antropología de la salud: Una Mirada Actual. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 165-166.
- Salinas Mulder, S., Castro Mantilla, M. D., & Fernández Obando, C. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes: una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región*. Panamá: OPS.
- salud, O. M. (marzo de 2000). *life course brochure span*. Recuperado el 31 de octubre de 2018, de life course brochure span:  
[http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc\\_lifecourse\\_training\\_es.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_es.pdf)
- Torres Izquierdo, W., Calderón, L., & Albornoz, A. (2008). *Componente Normativo Neonatal*. Quito: MSP.

Ventura, M., Medina, H., Alvarez, S., Ruiz, L., & Etrenreich, J. D. (1997). *ETNOGRAFIAS*

*MINIMAS DEL ECUADOR Tsachila-Cachis-Cholo-Cofán-Awá-Coaquer*. Quito: Abya-Yala.

Wade, P. (2000). *RAZA Y ETNICIDAD EN LATINOAMÉRICA*. Quito: Abya-Yala.

## ANEXOS.

### NÚMERO DE HORARIOS DE ATENCIÓN.

**Tabla 34. Numero de horarios de atención.**

ÁREAS DE ATENCIÓN	HORARIOS	DÍAS DE ATENCIÓN
EMERGENCIAS	24 HORAS	TODOS LOS DÍAS
SALA DE PARTOS	24 HORAS	TODOS LOS DÍAS
CONSULTA EXTERNA	7:00 AM- 17:00PM	TODOS LOS DÍAS
CONSULTA EXTERNA (PROCEDIMIENTOS)	17:00 AM- 20:00PM	TODOS LOS DÍAS
LABORATORIO	24 HORAS	TODOS LOS DÍAS
VACUNACIÓN	8:00 AM- 16:00 PM	TODOS LOS DÍAS
TAMIZAJE NEONATAL	8:00 AM- 16:00 PM	TODOS LOS DÍAS
TUBERCULOSIS	7:30 AM- 17:00 PM	LUNES – VIERNES
DISCAPACIDAD	8:00 AM- 17:00 PM	LUNES – VIERNES
TRABAJO SOCIAL	8:00 AM- 17:00 PM	LUNES – VIERNES
FARMACIA	24 HORAS	TODOS LOS DÍAS
FISIOTERAPIA	8:00 AM- 17:00 PM	TODOS LOS DÍAS
ECOGRAFIAS	8:00AM-17:00 PM	TODOS LOS LUNES
ESTADÍSTICA	8:00 AM – 17:00 PM	TODOS LOS DÍAS
LIMPIEZA	24 HORAS	TODOS LOS DÍAS
ODONTOLOGÍA	8:00 AM- 17:00PM	TODOS LOS DÍAS
TEC. DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	8:00 AM – 17:00 PM	LUNES – VIERNES
PSICOLOGÍA	8:00 AM- 17:00 PM	LUNES – VIERNES
NUTRICIÓN	8:00 AM- 17:00 PM	LUNES – VIERNES
INMAGEOLOGIA	8:00 AM- 17:00 PM	LUNES – VIERNES
TAMIZAJE VISUAL	8:00 AM- 17:00 PM	CAMPAÑAS
GENETISTA	8:00 AM- 17:00 PM	SEGUN LA AGENDA
ATENCIÓN DE PROFILAXIS	8:00 AM- 12:00 PM	LUNES – VIERNES
CLUB DE DIABETES E HIPERTENSOS	8.00 AM- 12: 00 PM	LUNES-MIÉRCOLES-VIERNES
CLUB DE ADULTO MAYOR	7:30 AM – 11:00 PM	LUNES- MIERCOLES
CLUB DE PSICOPROFILAXIS	15:00 PM- 16:00 PM	MIERCOLES
COMITÉ LOCAL DE SALUD	15:30 PM- 17:00 PM	2 VECES AL MES
FERIAS DE SALUD – BRIGADAS MÉDICAS	8:00 AM – 17:00 PM	2 VECES AL MES
GUARDIA DE SEGURIDAD	24 HORAS	TODOS LOS DÍAS

Fuente: Datos del Centro de Salud Los Rosales.

## FOTOS DE ENTREVISTAS CON GRUPOS FOCALES.



**Figura 42. Entrevista con grupos focales.**  
**Fuente: Investigadores 2019.**

**CONSENTIMIENTOS, ASENTIMIENTOS INFORMADOS, CUESTIONARIOS DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, GRUPOS FOCALES, HISTORIA DE VIDA.**

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES, CANTÓN SANTO DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2018 - 2019”.**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente consentimiento tiene como finalidad brindar una explicación clara, detallada y exponer la finalidad sobre la investigación que se llevara a cabo en el centro de salud LOS ROSALES.

Usted ha sido invitado a formar parte de un estudio investigativo. Antes de que decida participar en esta tesis por favor lea detenidamente este documento, realice todas las preguntas que considere pertinentes para despejar las dudas con la finalidad de comprender los procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio.

La investigación se llevará a cabo por Posgradistas de Medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su titulación como especialistas: Cisne Claribel Mendoza Zambrano y Geovanny Andre Ortega Moreno.

Su participación es totalmente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de este proyecto. En el caso de desistir por alguna eventualidad no perderá beneficios ni será penalizado (a). Su colaboración consiste en permitir ser parte de un grupo focal en donde se realizará una entrevista grupal a usted y aproximadamente 5 o 6 participantes más referente al tema propuesto, la cual tendrá una duración aproximada de una hora.

De antemano agradecemos su participación.

Yo: ....., con CI: .....

Acepto participar en este estudio realizado por los Médicos Claribel Mendoza y Geovanny Ortega He sido informado (a) de la finalidad del estudio y se me ha indicado que se realizara una entrevista grupal que abarca temas como la salud, enfermedad, la familia, con una duración aproximada de 1 hora.

Estoy consciente que es un acto voluntario, estrictamente confidencial y que no perjudicara mi integridad ni se violara mis derechos humanos ni el de mi familia.

Como constancia firmo el presente documento:

Firma: .....

Fecha: .....

Centro de salud LOS ROSALES, teléfono: 0997283716 - 0986244219

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES, CANTÓN SANTO DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2018 - 2019”.  
ASENTIMIENTO INFORMADO**

El presente consentimiento tiene como finalidad brindar una explicación clara, detallada y exponer la finalidad sobre la investigación que se llevara a cabo en el centro de salud LOS ROSALES.

Su representado (a) ha sido invitado a formar parte de un estudio investigativo. Antes de que autorice a su representado (a) a participar en esta tesis por favor lea detenidamente este documento, realice todas las preguntas que considere pertinentes para despejar las dudas con la finalidad de comprender los procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio.

La investigación se llevará a cabo por posgradistas de Medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su titulación como especialistas: Cisne Claribel Mendoza Zambrano y Geovanny Andre Ortega Moreno.

Su participación es totalmente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de este proyecto. En el caso de desistir por alguna eventualidad no perderá beneficios ni será penalizado (a). Su colaboración consiste en permitir realizar una entrevista referente al tema propuesto, la cual tendrá una duración aproximada de una hora.

De antemano agradecemos su participación.

Yo: ....., con CI: .....

Representante de.....

Acepto su participación en este estudio realizado por los Médicos Claribel Mendoza y Geovanny Ortega He sido informado (a) de la finalidad del estudio y se me ha indicado que se realizara una entrevista que abarca temas como la salud, enfermedad, la familia, con una duración aproximada de 1 hora.

Estoy consciente que es un acto voluntario, estrictamente confidencial y que no perjudicara mi integridad ni se violara mis derechos humanos ni el de mi familia.

Como constancia firmo el presente documento:

Firma: .....

Fecha: .....

Centro de salud LOS ROSALES, teléfono: 0997283716 - 0986244219



**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES, CANTÓN SANTO DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2018 - 2019”.**  
**FORMULARIO PARA HISTORIA DE VIDA.**

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Etnia:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

Nivel de instrucción:

Ocupación:

Religión:

1. ¿Cómo fue su vida en la niñez?
2. ¿Qué eventos marcaron su vida en este ciclo?
3. ¿Cómo ha sido su etapa de juventud?
4. ¿Qué eventos marcaron su vida en este ciclo?
5. ¿cree usted que está alcanzando las metas propuestas hasta el momento?
6. ¿Cómo ha afrontado usted a la enfermedad, que ha tenido que hacer cuando usted o algún integrante de la familia se enferma?



**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES, CANTÓN SANTO DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2018 - 2019”.**

**FORMULARIO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.**

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Etnia:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

Nivel de instrucción:

Ocupación:

Religión:

1. ¿Qué es para usted salud?
2. ¿Qué otro tipo de medicina conoce, y la práctica?
3. ¿Qué le parece la atención prestada en este centro de salud?
4. ¿Cree usted que sus problemas son resueltos en esta casa de salud, y como fue resuelto?
5. ¿Cree tener obstáculos para ser atendido en esta casa de salud, y cuáles son?
6. ¿Usted se automedica, y con qué frecuencia?
7. ¿Qué enfermedades mentales conoce?
8. ¿Tiene algún pariente con enfermedad mental, y como ha sido su atención hasta el momento?
9. ¿Usted cree que ha sido víctima de violencia: (género o intrafamiliar), y si es así recibió atención especializada?
10. ¿Conoce formas de denunciar cualquier tipo de violencia?
11. ¿Qué es sexualidad?
12. ¿A qué edad cree usted que debe iniciar una persona su vida sexual?
13. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?
14. ¿A qué edad cree conveniente tener un hijo?
15. ¿De acuerdo a sus creencias sus controles de embarazo y parto han sido atendidos por una partera o personal médico?
16. ¿Dónde fueron atendidos sus partos?
17. ¿Ha consumido algún tipo de sustancia nociva para su salud: (Tabaco, alcohol, drogas)?
18. ¿Cómo ha afectado el consumo de sustancias en su vida y su entorno?
19. ¿Qué es para usted la muerte?
20. ¿Qué rituales realizan en su familia cuando un familiar muere?
21. ¿Cómo se sintió durante la entrevista?
22. ¿Cómo ha sido la relación con los médicos del centro de salud?

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES, CANTÓN SANTO DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2018 - 2019”.  
FORMULARIO PARA PRIMER GRUPO FOCAL.**

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Etnia:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

Nivel de instrucción:

Ocupación:

Religión:

1. ¿Qué es para usted salud?
2. ¿Qué otro tipo de medicina conoce, y la práctica?
3. ¿Qué le parece la atención prestada en este centro de salud?
4. ¿Cree usted que sus problemas son resueltos en esta casa de salud, y como fue resuelto?
5. ¿Cree tener obstáculos para ser atendido en esta casa de salud, y cuáles son?
6. ¿Usted se automedica, y con qué frecuencia?
7. ¿Qué enfermedades mentales conoce?
8. ¿Tiene algún pariente con enfermedad mental, y como ha sido su atención hasta el momento?
9. ¿Usted cree que ha sido víctima de violencia: (género o intrafamiliar), y si es así recibió atención especializada?
10. ¿Conoce formas de denunciar cualquier tipo de violencia?
11. ¿Qué es sexualidad?
12. ¿A qué edad cree usted que debe iniciar una persona su vida sexual?
13. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?
14. ¿A qué edad cree conveniente tener un hijo?
15. ¿De acuerdo a sus creencias sus controles de embarazo y parto han sido atendidos por una partera o personal médico?
16. ¿Dónde fueron atendidos sus partos?
17. ¿Ha consumido algún tipo de sustancia nociva para su salud: (Tabaco, alcohol, drogas)?
18. ¿Cómo ha afectado el consumo de sustancias en su vida y su entorno?
19. ¿Qué es para usted la muerte?
20. ¿Qué rituales realizan en su familia cuando un familiar muere?
21. ¿Cómo se sintió durante la entrevista?
22. ¿Cómo ha sido la relación con los médicos del centro de salud?

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CENTRO DE SALUD TIPO C LOS ROSALES, CANTÓN SANTO DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2018 - 2019”.**

**FORMULARIO PARA SEGUNDO GRUPO FOCAL.**

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Etnia:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

Nivel de instrucción:

Ocupación:

Religión:

1. ¿Qué es para usted salud?
2. ¿Cómo se afronta la atención en el centro de salud a personas extranjeras o de otras etnias?
3. ¿Qué otro tipo de medicina conoce?
4. ¿Cómo definiría la atención que se da en este centro de salud?
5. ¿Cree usted que los problemas de los usuarios del centro de salud son resueltos?
6. ¿Cree que existen obstáculos para dar atención en esta casa de salud, y cuáles son?
7. ¿Qué opina sobre la automedicación?
8. ¿Qué piensa sobre las personas diagnosticadas de enfermedades mentales?
9. ¿Qué piensa sobre la violencia: (género o intrafamiliar)?
10. ¿Conoce formas de denunciar cualquier tipo de violencia?
11. ¿Cómo se afronta al tema de sexualidad en el centro de salud?
12. ¿Qué opinión da usted sobre la atención del parto con partera y/o personal médico?
13. ¿Cuál es su apreciación sobre las personas que consumen sustancias nocivas:  
¿Tabaco, alcohol, drogas?
14. ¿Qué es para usted la muerte y como la afronta ante un paciente?
15. ¿Ha sido usted participe de algún ritual que haya realizado algún paciente?
16. ¿Cómo se sintió durante la entrevista?
17. ¿Cómo ha sido la relación con los otros médicos o personal del centro de salud?