



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

“Utilización de los servicios de salud en diferentes grupos étnicos y su relación con la diversidad cultural.”

Trabajo de titulación para optar al título de Licenciado en Enfermería

Autor:

Yerbabuena Miranda, Víctor Hugo

Tutor:

MsC. Mayra Carola León Insuasty

Riobamba, Ecuador. 2024



PÁGINAS PRELIMINARES

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Víctor Hugo Yerbabuena Miranda con cédula de ciudadanía 0604591495, autora del trabajo de investigación titulado: "Utilización de los servicios de salud en diferentes grupos étnicos y su relación con la diversidad cultural", certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 26 de Abril del 2024.

Sr. Víctor Hugo Yerbabuena Miranda
0604591495



ACTA FAVORABLE – INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En la ciudad de Riobamba, a los 12 días del mes de abril del 2024, luego de haber revisado el Informe Final del Trabajo de Investigación presentado por el estudiante **VÍCTOR HUGO YERBABUENA MIRANDA CON CC: 0604591495**, de la carrera de **ENFERMERÍA** dando cumplimiento a los criterios metodológicos exigidos, se emite el **ACTA FAVORABLE DEL INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN** titulado **“UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN DIFERENTES GRUPOS ÉTNICOS Y SU RELACIÓN CON LA DIVERSIDAD CULTURAL”**, por lo tanto se autoriza la presentación del mismo para los tramites pertinentes.



MsC. Mayra Carola León Insuasty

TUTORA



CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL DE GRADO

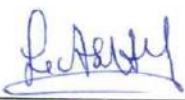
Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación “Utilización de los servicios de salud en diferentes grupos étnicos y su relación con la diversidad cultural”, por Víctor Hugo Yerbabuena Miranda con cédula de identidad número 0604591495, bajo la tutoría de Ms. Mayra Carola León Insuasty; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a los 26 días del mes de Abril.

Ms. Verónica Quishpi Lucero
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO

Firma 

PhD. Angélica Herrera Molina
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Firma 

Ms. Liliana Ríos García
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Firma 



CERTIFICACIÓN

Que, **VÍCTOR HUGO YERBABUENA MIRANDA** con CC: 0604591495, estudiante de la Carrera de **ENFERMERÍA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **“UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN DIFERENTES GRUPOS ÉTNICOS Y SU RELACIÓN CON LA DIVERSIDAD CULTURAL”**, cumple con el 10% de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **TURNITING**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 12 de ABRIL de 2024



MsC. Carola León Insuasty PhD.
TUTORA



DEDICATORIA

El resultado del presente trabajo, va dedicado a todas aquellas personas que han estado presentes durante todo el proceso de mi preparación académica, y que han sido una herramienta clave para poder alcanzar mis objetivos.

A mis padres quienes han sido un pilar fundamental durante mi vida académica, contando en todo momento con su apoyo tanto en la parte económica, así como también en lo moral, ya que a través de sus consejos han hecho de mí un mejor ser humano. De igual manera a mis hermanas, cuñado y sobrinos quienes han sido ese impulso para seguir adelante y poder afrontar las adversidades que se me han presentado en el camino.



AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por guiarme y así llegar alcanzar mi tan anhelado objetivo, a mi familia por su apoyo incondicional, a esa persona tan especial que está a mi lado a pesar de las adversidades y la distancia, a mis amigos compañeros de aula de los cuales he aprendido mucho.

Un agradecimiento especial para mis docentes, que de manera desinteresada impartieron conmigo sus conocimientos tanto académicos como de la vida misma, y que siempre me han hecho sentir importante a través de sus palabras y consejos.

Agradezco también a mi docente tutora por la paciencia, por impartir conmigo su sabiduría para poder guiarme de la mejor manera, y a la cual debo gran parte de mis conocimientos.

Finalmente, un agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional de Chimborazo, institución que me abrió sus puertas para mi preparación profesional y quien ahora me permite tener un futuro prometedor.



ÍNDICE GENERAL

PAGINAS PREELIMINARES	
Declaratoria de autoría	
Acta favorable – Informe final del trabajo de investigación	
Certificado de los miembros del tribunal de grado	
Certificado anti plagio	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Abstract	
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	12
Antecedentes	12
Planteamiento del Problema.....	13
Justificación	14
OBJETIVOS	15
General.....	15
Específicos	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	33
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
Resultados	34
Discusión	36
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	38
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
CAPÍTULO VI. PROPUESTA	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS.....	46



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Consensos mundiales y regionales aplicables al contexto de la salud de los pueblos	16
Tabla 2 Programas para incluir la interculturalidad en el acceso a la salud en Argentina	21
Tabla 3 Principales problemas de las comunidades Diaguitas para acceder a los servicios de salud	23
Tabla 4 Nacionalidades indígenas del Ecuador con densidad poblacional baja	26
Tabla 5 Políticas públicas para garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas.....	31
Tabla 6 Barreras y factores que influyen en la utilización de los servicios de salud por parte de diferentes grupos étnicos.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Ubicación Nacionalidad A'i Cofán	27
Ilustración 2 Ubicación Nacionalidad Shiwiar	27
Ilustración 3 Ubicación Nacionalidad Siekopai.....	28
Ilustración 4 Ubicación Nacionalidad Siona.....	28
Ilustración 5 Ubicación Nacionalidad Sapara.....	29
Ilustración 6 Ubicación Nacionalidad Épera	29



RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

En la actualidad, la salud es uno de los derechos inherentes y propio de todo ser humano, sin embargo, constituye uno de los derechos más vulnerados para un gran número poblacional alrededor de todo el mundo, en donde los más afectados son los grupos étnicos de cada territorio, los cuales a la hora de elegir el tratamiento y su forma de recuperación ante problemas de salud, el 85.82% de la población perteneciente a comunidades indígenas tiene preferencia por la medicina tradicional y tan solo el 14.17% opta por la medicina convencional. El Ecuador es rico en diversidad étnica y cultural, y es uno de los países en donde se puede identificar claramente la desigualdad al momento de acceder a los servicios de salud, pero, ¿Cuáles son los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud por parte de diferentes grupos étnicos y cómo se relaciona con la diversidad cultural? Para dar respuesta a esta pregunta de investigación se realizó un estudio documental mediante la selección y lectura crítica de artículos actualizados y relevantes, que respondan a los objetivos del proyecto de investigación, y que provengan de bases de datos académicas y científicas. Identificando que los principales factores que influyen en la utilización de los servicios de salud por parte de diferentes grupos étnicos y su relación con la diversidad cultural se pueden consolidar en 4 grandes grupos: Socioeconómicos, Culturales, Geográficos y de Género. Finalmente, el proyecto de investigación propone recomendaciones tanto en el ámbito político, social e instituciones de educación superior, que favorezcan a mejorar esta problemática social.

Palabras Clave: "Servicios de salud", "Grupos étnicos", "Interculturalidad en salud".

SUMMARY

Currently, health is one of the rights inherent to every human being. However, it constitutes one of the most violated rights for a large number of the population around the world, where the most affected are the ethnic groups of each territory. When choosing treatment and its form of recovery from health problems, 85.82% of the population belonging to indigenous communities has a preference for traditional medicine, and only 14.17% opt for conventional medicine. Ecuador is rich in ethnic and cultural diversity. It is one of the countries where inequality can be identified when accessing health services, but what are the factors that influence the use of health services by different ethnic groups, and how it relates to cultural diversity? To answer this research question, a documentary study was carried out by selecting and critically reading updated and relevant articles that respond to the objectives of the research project and that come from academic and scientific databases. Identifying the main factors that influence the use of health services by different ethnic groups and their relationship with cultural diversity can be consolidated into four large groups: Socioeconomic, Cultural, Geographic, and Gender. Finally, the research project proposes recommendations both in the political and social spheres and in higher education institutions that will help to address this social problem.

Keywords: Health services, ethnic groups, interculturality in health.



Reviewed by:

Mgs. Kerly Cabezas

ENGLISH PROFESSOR

C.C 0604042382

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La salud es uno de los derechos inherentes y propio de todo ser humano, como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS), no es solo la ausencia de enfermedad, sino por el contrario, el “estado de completo bienestar físico, mental y social”.⁽¹⁾ De la misma manera, la OMS define como uno de los principios básicos direccionado a los pueblos “el goce del grato máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, y dicho derecho a la salud como tal incluye entre muchos el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente para toda la población sin discriminación alguna.⁽²⁾

En la actualidad, la salud constituye uno de los derechos vulnerados para un gran número poblacional, alrededor de todo el mundo, sobre todo en aquellos cuyas determinantes sociales influyen directamente en el acceso a los servicios de salud. Esta vulneración de derechos se focaliza en sectores determinados, como es el caso de América Latina y el Caribe, evidenciándose que para el año 2017, esta región continúa siendo la más inequitativa en relación con el resto del mundo, en donde el 29% de la población se encuentra por debajo del umbral de la pobreza y el 40% recibe menos del 15% del total de los ingresos.⁽³⁾

Esta inequidad influye sobre todo en la salud, lo que ha impedido que la Región de las Américas no haya alcanzado las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la mortalidad materna para el 2015, y por ende uno de los objetivos de la agenda 2030 sea el de Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, con una de sus metas en el apartado 3.8 de lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos.⁽³⁾

A este problema sanitario se le unen otros aspectos sociales, como la desigualdad y discriminación de los que son víctimas, determinados grupos sociales, entre los que destacan los pueblos indígenas y afrodescendientes, y sobre los que recae la dificultad de acceder a servicios de salud que otorguen atención de calidad. Bajo esta premisa se debe considerar que al ser las Américas una de las regiones multiétnicas y con una gran riqueza por su diversidad cultural, es en donde se hace aún más visible los temas de desigualdad e inequidad para estos grupos sociales, sobre todo en este derecho fundamental como lo es la salud.⁽⁴⁾

El Ecuador, es un país plurinacional cimentado en la interculturalidad. Reconoce como tal a las comunidades, pueblos y nacionalidades, con sus respectivas creencias, costumbres y tradiciones. En este mosaico cultural, los indígenas ocupan un lugar preponderante, con el 6,1% de la población total. Se asientan principalmente en la región Andina y Amazónica.

Por otro lado, los afroecuatorianos y mulatos representan aproximadamente el 5% de la población. Su distribución se concentra en la Costa norte y centro sur, el Valle del Chota, Pichincha, la Sierra centro sur y al norte de la Amazonía. ⁽⁵⁾

Los grupos étnicos del Ecuador son titulares de los derechos garantizados por la Constitución, incluido el derecho a la salud. Para garantizar este derecho, el Estado promueve políticas públicas como la Agenda Nacional de Igualdad de Pueblos y Nacionalidades, la Política Pública sobre Interculturalidad y Plurinacionalidad, y el Plan Plurinacional para Eliminar la Discriminación Racial y la Exclusión Étnica y Cultural. ⁽⁶⁾ Sin embargo, la influencia cultural, la discriminación y otros factores impiden que este derecho se cumpla a cabalidad, lo que genera desigualdad e inequidad. Esta situación aumenta la predisposición e incidencia de enfermedades y problemas de salud. ⁽⁷⁾

La falta de adherencia a los servicios de salud por parte de los grupos étnicos y su apego a la medicina convencional se ve comprometida por diversos factores relacionados con la interculturalidad. Esto se evidencia claramente en la elección del tratamiento y la forma de recuperación ante problemas de salud: el 85,82% de la población perteneciente a comunidades indígenas prefiere la medicina tradicional, mientras que solo el 14,17% opta por la medicina convencional. ⁽⁸⁾ Lo expuesto refleja la existencia de una gran brecha entre el sistema de salud y los grupos étnicos del territorio ecuatoriano, definida por múltiples factores sociodemográficos y culturales.

Planteamiento del Problema

Según la Constitución de la República del Ecuador, se reconoce la existencia de grupos étnicos en territorio nacional, cada uno con sus respectivas culturas, costumbres, idioma, pero que comparten los mismos derechos sin discriminación alguna. Sin embargo, al trasladarse a la práctica, esto no sucede, por ejemplo, en torno al derecho de la salud, se ha determinado desigualdad o inequidad en el acceso y utilización de los servicios sanitarios, por parte de los grupos étnicos en relación a la población en general, aspecto que puede verse influenciado por determinantes sociales, como el nivel educativo, el estatus económico, las condiciones de vida, entre otros.

La cultura es otro factor que determina la utilización de los servicios de salud por parte de los grupos étnicos, en donde se debe considerar que los conocimientos y prácticas culturales han sido adquiridas de generación en generación y por ende tienen un gran significado y valor sentimental, así pues, al momento de hacer un cambio en sus creencias y forma de entender el proceso de salud enfermedad, se percibe un proceso de resistencia para comprender nuevas cosas y modificar estilos de vida, que sumado a la forma en como el personal de salud interviene y su forma de concientizar a esta población el problema se agudiza aún más.

Las desigualdades hacen que la prevalencia de problemas de salud y enfermedades recaigan en los grupos étnicos más vulnerables, en donde las tasas de morbilidad y mortalidad están

marcadas por enfermedades gestacionales, parto y puerperio principalmente, así como también enfermedades del sistema respiratorio, aparato digestivo y causas externas como traumatismos, envenenamientos, entre otros, ya sea por el difícil acceso a dichos servicios, temas de discriminación, pobreza, o simplemente porque se les hace difícil su interacción entre la medicina actual y la medicina tradicional, esta última propia de sus creencias y experiencias ancestrales, mismas que a pesar de demostrar efectividad en su campo no son respetadas ni incluidas en la diversidad cultural.

El problema actual en salud desde el punto de vista cultural es su accesibilidad y utilidad por los diferentes grupos étnicos, así como el respeto hacia la diversidad cultural que coexiste en un solo territorio, y la incidencia que tiene dicha característica en el cumplimiento del objetivo 3 de la Agenda 2030, para lo cual se enfoca en sus tres dimensiones: Política, como tema de interés para saber qué sucede con las diversas herramientas y normativas que garantizan el acceso a servicios de salud de calidad, si estas se ponen en prácticas, o si respetan la interculturalidad de los grupos étnicos; Social, fundamentado en los procesos de discriminación (sentido de inferioridad y grandeza); Cultural, en el respeto por la identidad y su cosmovisión.

La pregunta planteada de investigación: ¿Cuáles son los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud por parte de diferentes grupos étnicos y cómo se relaciona con la diversidad cultural?

Justificación

El presente trabajo tiene como objetivo, realizar una revisión sistemática de estudios que analicen las principales barreras o factores que impiden, que las poblaciones de los diferentes grupos étnicos a nivel mundial accedan o den uso a los servicios de salud en sus territorios, y como estas características a su vez se relacionan con la diversidad cultural, de tal modo, que contribuya a obtener estrategias de mejora a fin de fortalecer la relación del sistema de salud con los grupos étnicos y de esta manera favorecer su interacción, para que el uso de estos servicios sanitarios sea una conducta adoptada al diario vivir de los grupos étnicos y de esta manera combatir la incidencia de enfermedades potencialmente mortales.

La consolidación y comparación de información a través de la investigación, es una estrategia útil para establecer propuestas de mejora en la realidad local, tomando como referencia las estrategias y experiencias de entornos similares, y a partir de aquello proponer la creación o fortalecimiento de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud, pero con la participación activa de los grupos étnicos, que en la actualidad aún se encuentran vulneradas en relación a la población en general, y solo de esta manera lograr un verdadero proceso de interculturalidad e intentar fusionar la medicina tradicional con la occidental, en donde el eje principal sea el respeto hacia la cosmovisión andina.

OBJETIVOS

General

- Analizar la utilización de los servicios de salud en diferentes grupos étnicos, centrándose en su relación con la diversidad cultural, con el fin de identificar las barreras y factores que afectan el acceso y la calidad de atención en salud de estos grupos.

Específicos

- Identificar las principales barreras que afectan el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de diferentes grupos étnicos
- Determinar los factores sociales, culturales y estructurales que influyen en la utilización de los servicios de salud por parte de los grupos étnicos.
- Proponer estrategias y recomendaciones para mejorar la equidad y la calidad de la atención de salud en relación con la diversidad cultural de los diferentes grupos étnicos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

El acceso y la utilización de los servicios de salud en los diferentes territorios, tanto de América Latina como del mundo, es uno de los problemas sociales que en pleno siglo XXI, no se ha logrado solucionar, ya que para el 2019 más de la mitad de la población mundial no posee una cobertura total de las prestaciones básicas de salud, y para el 2022 en América Latina la población sin cobertura en salud en el área urbana es del 30.42%, mientras que en el área rural representa el 48.6%, todo aquello considerando que una cobertura de salud se define como el acceso efectivo a servicios de salud de calidad que satisfacen las necesidades de la población. ^(9,10)

La implementación de políticas y compromisos internacionales y regionales como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, La primera Política sobre Etnicidad y Salud establecida en 2017, o la Estrategia y Plan de Acción sobre Etnicidad y Salud impulsada en 2019, entre otras que se presentan en la Tabla 1, no han sido suficientes para erradicar todo tipo de discriminación o desigualdad en la atención sanitaria. ⁽¹¹⁾ Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud afectan a grupos étnicos en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas pertenecientes a grupos étnicos tienen más probabilidades de morir prematuramente y de sufrir enfermedades crónicas que las personas de la población general.

Tabla 1 Consensos mundiales y regionales aplicables al contexto de la salud de los pueblos

Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (2001)
Declaración de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2011)
Cumbre Mundial de Afrodescendientes (2011)
Decenio Internacional para los Afrodescendientes 2015-2024 (2013)
Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas (2014)
Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016)

Fuente: Política sobre etnicidad y salud: construyendo soluciones Equitativas frente a las desigualdades étnicas. ⁽¹²⁾

Los pueblos y nacionalidades originarias de los territorios y, en general, los grupos poblacionales que habitan en áreas rurales, son los que más dificultades enfrentan para acceder a los servicios de salud. Esta situación se debe a una serie de barreras, entre las cuales se encuentran, su ubicación geográfica (carreteras de difícil acceso, largas distancias para comunicarse con el sector urbano, falta de transporte), económicas (desempleo), problemas administrativos (mala distribución de recursos), problemas culturales (idioma, prácticas ancestrales versus prácticas convencionales de salud).

Es importante considerar que la triada de factores socioeconómicos, geográficos y culturales que se ampliarán más adelante, se fusionan entre sí para crear barreras a los grupos étnicos a la hora de querer hacer uso de los servicios de salud, así lo respalda la Organización Panamericana de la Salud (OPS), luego de un análisis durante el contexto de la pandemia del COVID-19, define qué aspectos como, el racismo estructural y la discriminación a lo largo del tiempo por parte de la población en general, constituyen una situación de vulnerabilidad para los pueblos indígenas y afrodescendientes de la Región de las Américas. ⁽¹³⁾

Entre los factores socioeconómicos que afectan a los grupos étnicos de las Américas se destacan los bajos ingresos económicos, mismos que ubican a la población dentro de niveles altos de pobreza; los niveles de escolaridad bajos, que determinan un gran índice de analfabetismo; un menor acceso a redes de seguridad social, que a su vez esta última se delimita por la desconfianza generada por antecedentes de racismo y la alta informalidad laboral en estos grupos. ⁽¹³⁾ Estos factores como tal generan desconfianza e inseguridad por parte de los grupos étnicos hacia el sistema de salud, haciendo que prefieran seguir practicando la medicina ancestral antes que la convencional.

Los factores geográficos relacionados a las complejas y precarias condiciones de vida, por el espacio propio en donde habitan, que por lo general son las áreas rurales, y que muchas de ellas se encuentran localizadas a grandes distancias de las ciudades, que dificultan el acceso a la salud, así como la falta de acceso a otros servicios básicos como el agua y saneamiento. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en su mayoría se encuentran alejados de los servicios de salud, y al ser grandes las distancias que los comunican con el resto de la sociedad optan por un aislamiento voluntario, como lo hacen 200 comunidades de la cuenca amazónica. ⁽¹³⁾

Por otra parte, ha surgido el concepto de “Salud Intercultural”, mismo que ha buscado dar solución a la desigualdad y dificultad de acceso a los servicios de salud en los grupos étnicos, implementando entre algunas políticas públicas y reconociendo como barreras culturales, la capacitación intercultural al personal de salud, la promoción del uso de las lenguas indígenas, uso de señalética cultural, alimentación tradicional, entre otros. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, a pesar de la creación de políticas, sigue la duda, si se están implementando de manera efectiva, como para cumplir con el objetivo de facilitar la interacción entre la cultura del paciente, el personal de salud y el sistema de salud. ⁽¹⁴⁾

La región de las Américas es un territorio multiétnico y por ende rico en diversidad cultural, dentro de los cuales destacan indígenas, con una población cerca de 42 millones de personas distribuidas en 826 pueblos, de los cuales unos 200 viven en aislamiento voluntario y contacto inicial, mientras que el resto se ha asentado ya en espacios urbanos; afrodescendientes, con un total de 130 millones de personas, en países como en Brasil abarco cerca del 50% de la población en el último censo realizado, mientras que en Estados Unidos fue del 13% de la población en total; romaníes y otros grupos étnicos, cada uno con realidades, necesidades y formas diferentes de vida, así como sus propias creencias y prácticas en salud. ^(15,16)

La realidad y necesidades de los grupos étnicos se ven marcados por su grado de vulnerabilidad así catalogado, debido a la poca importancia o visibilidad que experimentan, como también el grado de discriminación a la que se encuentran expuestos por parte del resto de la sociedad. En el caso de la población indígena, otro factor de vulnerabilidad es el de habitar en zonas remotas y de difícil acceso, principalmente en zonas de Sudamérica, por la presencia de la selva amazónica y el Gran Chaco, en países como Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y Paraguay. ⁽¹⁵⁾ Estas realidades se pueden traducir y relacionar a un déficit la utilización y acceso a los servicios de salud por parte de estos grupos étnicos.

En Europa se puede identificar diferencias en el acceso a la salud entre poblaciones de una zona determinada, que se relacionarían con los grupos étnicos que ahí habitan, como en el caso de España, en donde aquellos grupos étnicos se representan por los marroquíes, latinoamericanos y gitanos, que son principalmente población inmigrante que se asienta en las zonas rurales, y que son los más afectados por las desigualdades en el acceso a la salud, esto se fundamenta en un estudio realizado en el año 2017, mismo que analiza el uso de los

servicios de salud, incluyendo la salud visual, que se encuentran comprometidos en la población rural, por factores sociales y económicos como la edad, situación laboral e ingresos. ⁽¹⁷⁾

En el informe del 2018 de la Comisión Europea, se evidencia a España como uno de los países con mayor inequidad en el acceso a los servicios de salud, ocupando el cuarto lugar en desigualdad, después de países como Rumania, Lituania y Bulgaria, esto puede definirse a partir del análisis de tres dimensiones concretas, como es la dimensión educativa, que se centra en la capacitación del personal de salud en el uso de la tecnología; la dimensión territorial, con principal énfasis en la comparación del entorno rural-urbano y finalmente la dimensión de la diversidad, que engloba cuestiones de género e inclusión, estas últimas ligadas a características propias de los grupos étnicos que allí habitan. ⁽¹⁸⁾

En el estudio de “El reto de reducir las desigualdades del acceso a la salud en España” de Neidhart H, Tham C, Rey U, et al., que propone la aplicación de la Metodología de trabajo del Moonshot Thinking, que busca generar soluciones a problemas complejos como el acceso desigual a la salud, que es un problema grave en España, menciona que esta desigualdad en salud como tal radica en cuatro ejes sumamente importantes como lo son economía, educación, género y territorio, mismos que se profundizarán más adelante, y que son aquellos sobre los cuales se debería intervenir si se requiere un mejor desarrollo productivo, puesto que la solución de desigualdad e inequidad son sinónimo de avance y progreso social en todas sus esferas.

En el marco de la educación para la salud o conocida como alfabetización en salud en España, se ha identificado una estrecha relación entre costumbres y salud, es decir que a un mayor nivel educativo la población posee mayor información en base a comportamientos saludables, desarrolla un pensamiento crítico e inclusive se relaciona con el eje económico, ya que un mayor nivel educativo se asocia con mejores oportunidades laborales y una mayor remuneración económica, lo cual al transpolar a la realidad de los grupos étnicos presenta una estrecha relación y coherencia, puesto que estos grupos poblacionales presentan un nivel académico bajo y por ende dificultades para hacer uso de los servicios de salud. ⁽¹⁸⁾

En la territorialidad, se ha tomado por nombre la famosa España vacía, que hace referencia a la despoblación rural, la cual se encuentra estimada en 3926 municipios que poseen una población inferior a 12.5 hab/Km², dejando a la vista una dispersión territorial marcada, lo cual dificulta la prestación de servicios en salud, afectando directamente a las comunidades autóctonas, que son las que permanecen en las áreas rurales y en un proceso de aislamiento, esta problemática se registra en el informe presentado por el Consejo Económico y Social el 24 de enero del 2018, en el cual se concluye una escasez de servicios a la comunidad en materia de sanidad, educación y cultura, que va ligado a una economía de escala. ⁽¹⁸⁾

La falta de servicios de salud a causa de la despoblación rural en España se debe a múltiples factores, entre ellos, un menor presupuesto económico que conlleva a la disminución de recursos, avance tecnológico lento y que se agudiza más, puesto que los habitantes de las

áreas rurales son una población envejecida y con desconocimiento del tema en general, las dificultades de movilidad y desplazamiento que afecta la asistencia primaria, hospitalaria, de urgencias, y el tratamiento y seguimiento de enfermedades, por último, la falta de recurso humano, ya que ni los profesionales ni el personal médico en formación ven al sector rural como una oportunidad de trabajo. ⁽¹⁸⁾

En Cuiabá, Brasil, en el contexto del pueblo étnico, existen flujos institucionales entre los diferentes puestos de salud (DSEI) y su relación con CASAI, que funciona como una casa de acogida para aquellas personas que llegan de los sectores rurales especialmente para acceder a una atención médica. Esta estrategia supondría teóricamente favorecer el acceso a los servicios de salud y superar algunos de los obstáculos y barreras organizativas, geográficas, culturales, e incluso la falta de intérpretes culturales, sin embargo, en un estudio, al analizar las respuestas de los usuarios sobre la satisfacción de la atención en base a las tres dimensiones principales como lo es la socio-organizacional, sociocultural y demográfica se obtuvieron grandes novedades, que se detallan a continuación.

La situación socio-organizativa fue calificada como parcialmente satisfactoria con un porcentaje del 45% de las respuestas positivas, esto debido a que principalmente a pesar de la existencia de flujos institucionales no existe una estandarización de los procesos, lo que dificulta la conexión interinstitucional en los distintos niveles y por ende genera dudas en la ejecución de actividades, pérdida de tiempo, y repetición de procedimientos. Claro ejemplo de lo mencionado es el proceso de derivación de pacientes, en donde cada DSEI realiza dicho procedimiento de la forma en que mejor le parezca, sea esta por correo, carta oficial, o de manera informal como mensajes de texto o llamadas telefónicas. ⁽¹⁹⁾

Además, se puede diferenciar que los problemas en el acceso a la atención sanitaria en estas comunidades surgen por la dificultad en la relación entre directivos que dificulta o retrasa la admisión de pacientes; la falta de espacio físico que provoca largas listas de espera para acceder a un turno; la falta de información en el momento de referencia que provoca pérdida de tiempo y repetición de procedimientos; la precariedad en la estructura física que impiden una atención adecuada; la falta de recurso humano, materiales, insumos, medicamentos, así como también mencionado por el propio personal de salud la falta de capacitaciones para trabajar en el contexto intercultural. ⁽¹⁹⁾

La situación socio-organizativa y el sistema de salud pierden credibilidad entre los grupos étnicos, al permitir que existan largos tiempos de espera para obtener una cita con un especialista, siendo la calificación en este parámetro de insatisfactoria. ⁽¹⁹⁾ Esta situación genera estrés frente al acceso al sistema de salud, y hace que la población de los grupos étnicos ya no confíe en el mismo, puesto que viajan durante largas horas para recibir atención y muchas veces no tienen éxito. Esta situación lleva a que la población elija prioritariamente el uso de otras prácticas de salud como alternativa, a aquellas que son más accesibles y que están avaladas por sus creencias y costumbres.

Sin embargo, además no todos los problemas están ligados a las instituciones de salud, sino también, a los propios habitantes que carecen de documentos personales, ya sea por pérdida entre otras razones, haberlo olvidado en su domicilio o por retraso al momento de obtenerlos, lo que es imposible dar seguimiento y atención referenciada a estos habitantes, ya que sin sus datos personales no se les puede registrar en el sistema de atención sanitaria, y la política administrativa de las instituciones requiere de dicha información para establecer canales de comunicación efectivos y una planeación de atención apropiada, en relación al cumplimiento de los protocolos establecidos.

Otro factor importante es el sociocultural, que con un porcentaje de 37.5% es considerada como parcialmente satisfactoria y en la cual destacan los prejuicios hacia los indígenas por parte del personal sanitario, que se traduce en una percepción de indiferencia y trato discriminatorio que se les brinda, esto constituye una barrera en el uso de los servicios de salud, ya que los pacientes se vuelven reacios a buscar atención médica, y por obvias razones se deteriora la relación entre el paciente y el profesional de salud. Sin embargo, la indiferencia es aún mayor por parte de la población en general en donde llegan hasta el punto de incluso dejar los bancos cuando una persona indígena se sienta a su lado. ⁽¹⁹⁾

La situación geográfica, fue calificada como insatisfactoria con el 25%, esto debido a la inexistencia de transporte, para acceder o salir de las comunidades, que en ocasiones se ve comprometido inclusive por caminos en mal estado o la ausencia de los mismos, así como también por las grandes distancias que deben recorrer para llegar a un DSEI empleando el tiempo de 1 hora o más. Por otra parte, si los profesionales quieren llegar a las comunidades, se encuentran con los problemas de falta de combustible o vehículos institucionales en mal estado, en donde la problemática se agranda porque las comunidades a las que deben brindar cobertura son de difícil acceso y a largas distancias una de la otra. ⁽¹⁹⁾

Por otra parte, en Argentina se ve también comprometida la igualdad en el acceso a los servicios de salud y sobre todo el rechazo a los mismos por parte de los pueblos originarios, puesto que los mismos tienen un ideal arraigado a sus creencias y costumbre y que lamentablemente el sistema no logra comprender, ya sea por desconocimiento o por sentido de grandeza y autoridad, por el contrario, generan un proceso de prohibiciones y persecuciones hacia la medicina ancestral, que resiste en estas comunidades y en lugar de ser una fuente de ayuda y conocimientos compartidos, los habitantes se sienten oprimidos y se cierran ante una atención médica en las unidades de salud.

Un grupo étnico de Argentina son las comunidades Diaguitas, mismas que se encuentran ubicadas en pequeños parajes en los cerros aproximadamente a 3400-4500 msnm, algunas de estas comunidades cuentan con centros de salud (CAPS), y en los cuales para favorecer el acceso a los servicios de salud se han creado programas específicos de salud indígena como el ANAHI que funciona buscando el apoyo de acciones humanitarias, en la cual designan a comuneros indígenas para trabajar como agentes sanitarios o como enfermero/as, y que con mayor confianza se acerquen a la población indígena y velen por su salud y bienestar respetando creencias y prácticas culturales siempre que estas sean beneficiosas. ⁽²⁰⁾

El programa de salud indígena como ANAHI, no solo representa la responsabilidad del estado de garantizar condiciones óptimas de vida de estas comunidades así como su derecho a la salud al igual que el resto de la población en general, sino también la responsabilidad del sistema de salud para un acercamiento adecuado, por tal motivo lo que se pretende es fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS), mediante acciones como el cumplimiento de planes de vacunación, acciones de prevención para la salud, control de embarazadas, entre otras acciones, mismas que se logran dar cumplimiento a través de su principal herramienta que son las visitas domiciliarias. ⁽²¹⁾

A pesar de los programas implementados y todos los esfuerzos realizados por incluir la interculturalidad en el acceso a la salud, mismos que se detallan en la Tabla 2, siguen existiendo problemas en la interrelación, todo a causa de las malas condiciones de comunicación cultural, por el idioma que manejan, traduciéndose esto a una poca o nula comprensión de las indicaciones médicas, a no cumplir con el tratamiento y seguimiento prescrito o simplemente a que la comunidad indígena no pueda expresarse libremente en cuanto a sus padecimientos y saberes ancestrales, incrementando aún más el miedo y la resistencia a la medicina occidental.

Sumado a lo anteriormente expuesto, se encuentran las famosas “Adecuaciones Culturales” que si bien es cierto, entre sus actividades intentan incorporar agentes que pertenezcan a los pueblos indígenas, que conocen sus prácticas culturales y establezcan una mejor relación con los habitantes, así como también incluir las prácticas tradicionales a los servicios de salud, principalmente en atención primaria y salas de parto de hospitales, logran modificar los protocolos, sin embargo, no logran modificar el trasfondo del sistema o de los modelos que es la base sobre los cuales rigen las prácticas de salud. ⁽²¹⁾

Tabla 2 Programas para incluir la interculturalidad en el acceso a la salud en Argentina

Programas para incluir la interculturalidad en el acceso a la salud en Argentina	
Programas	Objetivos y Líneas Estratégicas
Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas. ⁽²²⁾	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la cobertura de salud y las condiciones de accesibilidad al Sistema Público de Salud de las Comunidades Indígenas de todo el país desde una perspectiva intercultural. • Formular planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de los Pueblos Indígenas. • Propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar actividades de capacitación a personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud sobre la base del respeto a la interculturalidad. • Constituir articulaciones con otras dependencias y programas del Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios de Salud Provinciales, Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, Programas con Financiamiento Internacional, y otros Ministerios Nacionales, para coordinar acciones y políticas dirigidas hacia la población indígena. <p>Líneas Estratégicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación de las Comunidades Indígenas a través de la consulta previa, libre e informada. • Formación y capacitación en Interculturalidad y Salud Indígena. • Complementariedad entre las medicinas oficial e indígena. • Implementación a nivel nacional de políticas interculturales de salud.
<p>Programa de Equipos Comunitarios. ⁽²³⁾</p>	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud como política de Estado en el marco de la Cobertura Universal de Salud. • Llevar a cabo acciones de protección y promoción de la salud en el primer nivel de atención, garantizando la accesibilidad y la integralidad en la atención. • Contribuir a la formación de una ciudadanía activa respecto del cuidado de la salud, fortaleciendo el trabajo intersectorial y la construcción de redes comunitarias para dar respuesta a los problemas de salud de la población. • Asegurar la optimización de todos los recursos disponibles, articulando los programas de salud nacionales, provinciales y municipales en los efectores de salud públicos donde desarrollan las actividades los agentes de salud comunitarios. <p>Líneas Estratégicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la participación comunitaria. • Desarrollo de redes locales.

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de prácticas de prevención y promoción de la salud. • Trabajo en equipo interdisciplinario.
--	---

Es así que siguen persistiendo los problemas base (Tabla 3), como que un agente sanitario esté a cargo de una zona, que ésta a su vez está constituida por varios parajes y comunidades, y que para poder llegar a cada una debe atravesar ríos, recorrer grandes distancias, subir y bajar cerros, no contar con recursos adecuados o suficientes, y por último en caso de contar con la confianza y aprobación de la comunidad hacer inclusive el papel de partero/as y curandero/as, o por el peor de los casos no ser aprobado por la comunidad. ⁽²¹⁾ Todo lo antes expuesto genera una sobrecarga laboral y física para los agentes sanitarios, lo cual dificulta el cumplimiento de sus funciones en brindar cobertura a las comunidades.

Ahora bien, otro problema radica en la precariedad de la infraestructura, y que en caso de necesitar atención especializada debería la o el usuario trasladarse hasta Catamarca, o hacia el hospital de mayor complejidad que más “cerca” le quede, considerando que su traslado va a ser dificultoso. Y es aquí donde los habitantes rechazan o lo piensan dos veces en el acceder al servicio de salud, puesto que la decisión de alejarse implica dejar su lugar de vida, adaptarse a tiempos y posibilidades, puesto que hasta para coger un turno deben acercarse en horas y días específicos y eso sin la seguridad de poder conseguir el turno. ⁽²¹⁾

Tabla 3 Principales problemas de las comunidades Diaguitas para acceder a los servicios de salud

COMUNIDADES DIAGUITAS
Principales problemas para acceder a los servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Grandes distancias para llegar de los puestos de salud a las comunidades o viceversa.
<ul style="list-style-type: none"> • Caminos de difícil tránsito.
<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza del saber biomédico por parte de sus habitantes.
<ul style="list-style-type: none"> • Trato inadecuado del personal hacia los comuneros.
<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición y persecución a la medicina tradicional.
<ul style="list-style-type: none"> • Prohibiciones de parto domiciliario.
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para entender el padecimiento y motivo de consulta.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de profesionales de la salud en territorio.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos.
<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada infraestructura y herramientas de trabajo.

- Falta de seguimiento a los programas

Fuente: Prácticas y saberes médicos tradicionales del pueblo diaguíta catamarqueño y su relación con el sistema de salud pública. ⁽²¹⁾

En México uno de los países con mayor población indígena de América Latina, se evidencian mayores desigualdades en el acceso a los servicios de salud, las que se encuentran arraigadas a formas de organización social, ya que en estas estructuras sociales predomina un sistema de creencias e ideas racistas, que dan paso a la discriminación, por ejemplo, en el uso de servicios de salud la población indígena recibe explicaciones incompletas o poco claras sobre su proceso de enfermedad, que se traduce a tener dudas, cumplir tratamientos de manera errónea o no llegar a cumplirlos, lo que puede tener consecuencias negativas para su salud, lo que muchas veces prefieren no acudir a los servicios de salud. ⁽²⁴⁾

La situación de salud en las comunidades indígenas se ve comprometida por un perfil epidemiológico que aun cuando no supera problemas preexistentes, surgen nuevos problemas de salud que también tienen un impacto importante, y en la cual de manera directa las condiciones socioeconómicas la ponen en desventaja, ya que estas poblaciones trabajan en sectores informales o de baja remuneración que no les dan acceso a la seguridad social, limitándose el acceso a los servicios de salud debido a que la mayor cobertura de salud se vincula de manera directa a empleos asalariados, por lo tanto, solo se recurre a estos servicios cuando hay dinero disponible, caso contrario se buscan alternativas para el alivio de dolencias.

Otra forma de sustentar el porqué la situación socioeconómica pone en desventaja a la población indígena para acceder a los servicios de salud, es el hecho de que tengan que viajar más tiempo para llegar a estos lugares además, debido a que sus lugares de asentamiento se encuentran a largas distancias de las instituciones sanitarias, los costos que implica este traslado, tener que esperar por bastante tiempo para ser atendidos y muchas veces no tienen el tiempo suficiente para hacerlo, e inclusive posterior a la atención tener que comprar medicamentos de un alto valor económico y que son necesarios para su recuperación, son barreras de acceso a las que no se las ha podido dar solución. ⁽²⁴⁾

Por otra parte, Perú, otro de los países pluriétnicos y pluriculturales al estar conformado mayoritariamente por población mestiza e indígena autóctono de la región andina y amazónica, también presenta inequidades en torno al acceso a la salud, según lo evidenció el ASIS realizado a la población indígena que viven en el ámbito de las Cuatro Cuencas y Río Chambira, realizado en el año 2020. Aquí se analiza la oferta de salud que proporcionan los establecimientos de salud estatales y no estatales, en esta última considerada las instituciones privadas y aquellas que se originan a través de los conocimientos de salud propios de la población indígena, los cuales han sido reconocidos como “sus especialistas”.

La creación de redes y micro redes de salud para estos pueblos indígenas, ha tenido un gran avance en torno a la promoción de la salud, prevención de riesgos, diagnóstico precoz y

tratamiento oportuno de las necesidades más frecuentes, sin embargo, no es suficiente para brindar cobertura a toda la población, claro ejemplo de lo mencionado es la Micro Red de Nauta, que cuenta con una población de 39 239 habitantes, y que en necesidad de proporcionar cobertura la propia población ha tenido que adaptar los famosos anexos, que si bien es cierto funcionan con personal técnico de enfermería, no son reconocidos oficialmente, ni tampoco cuentan con las condiciones necesarias para brindar atención. ⁽²⁵⁾

Otra dificultad para estas comunidades es el acceso geográfico a los servicios de salud, para entenderlo de mejor manera se tomará como ejemplo a la localidad Ullpayacu, en donde para poder acceder a los servicios de salud se debe emplear un tiempo de 8 horas de navegación para llegar al puesto de salud de Loboyacu, o 12 horas de navegación al centro de salud de Nuevo Andoas, que dentro de su distrito es el establecimiento de mayor complejidad o capacidad resolutive. Por si eso fuera poco, para poder trasladarse deben estar a la espera de un buen clima, ya que en invierno el caudal del rio es bueno para la navegación, pero en verano el caudal disminuye y esto lleva inclusive a emplear más tiempo en el traslado. ⁽²⁵⁾

Por otra parte, emerge la falta de competencia y capacidad intercultural por parte del personal de salud, así lo corroboró el equipo ASIS, que tras un trabajo de campo en 18 establecimientos de salud ningún personal refirió haber sido capacitado en esta temática, y esto se agudiza aún más cuando solo en 2 establecimientos cuentan con traductores para cuando la comunicación sea dificultosa con la población de los grupos étnicos y los cuales manejan su idioma original, y en los 16 restantes la comunicación se la hace netamente en castellano, argumentando que los usuarios de dichos establecimientos lo entendían con normalidad. ⁽²⁵⁾

Para las comunidades indígenas que poseen recelo al mundo exterior, es difícil aceptar el ingreso de personas desconocidas a su entorno, y por ende, para que el personal de salud se gane la confianza de esta población y la misma acceda con libertad al servicio de salud, debe pasar un largo tiempo, lamentablemente el 41% del personal que labora en estas redes y micro redes de salud y que son aquellos que han ganado confianza y experiencia en el trabajo con la población indígena son únicamente de contrato, razón por la cual el personal rota de manera constante, y con la llegada de personal nuevo se debe reiniciar el proceso y este se convierte en un círculo que evita un mayor acercamiento a las comunidades. ⁽²⁵⁾

Finalmente, otra problemática evidenciada es la participación de personal indígena en los servicios de salud, la cual se ve particularmente limitada, ya sea por falta de políticas de inclusión, discriminación, inaccesibilidad a los puestos de trabajo, entre algunas otras posibles situaciones. Esta falta de participación hace que la propia población indígena no se sienta cómoda, sientan la necesidad de la existencia de una figura con la cual se identifiquen o simplemente no acepten como tal a los servicios de salud como prioridad para la resolución de sus necesidades, de esta la cobertura y la calidad de atención se ven afectadas.

En el ASIS, se incluye de igual manera la percepción del pueblo indígena referente a la accesibilidad a los servicios de salud, en donde se mencionó entre muchas cosas la falta de

personal en los puestos de salud, que hace que al momento de llegar a la atención exista un ausentismo de los mismos; la falta de obstetras mujeres en la atención a mujeres embarazadas, lo cual limita el nivel de confianza y seguridad de la población femenina; la falta de insumos médicos y de medicamentos, que incluye gastos económicos; la falta de capacitación y pago a sus promotores, lo cual provoca en el personal sanitario un rechazo hacia estos puestos de trabajo o considerarlos como última opción laboral. ⁽²⁵⁾


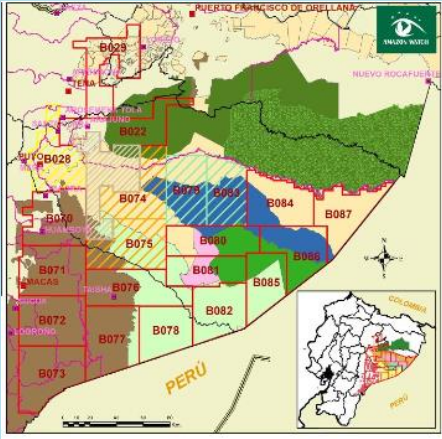
La población indígena además refiere que las actitudes del personal sanitario que ahí labora no es la adecuada, y en un 57% fue calificado como trato regular, entre las ideas que sustentan lo mencionado, está que el personal no los atiende si llegan tarde, tienen que esperar mucho para ser atendidos, el personal inclusive les habla con tono de voz alto y de mala manera. Este tipo de situaciones es frecuente en contextos multiculturales y es también origen de cierta frustración en el personal de salud, pero refleja asimismo las brechas de comunicación y los limitados esfuerzos que hace el sistema por garantizar una atención de calidad que incluya suficiente personal y recursos necesarios. ⁽²⁵⁾



El Ecuador históricamente es un país rico en recursos como en su población, y por tal motivo es catalogado como un estado intercultural y plurinacional, rico en sabiduría ancestral por la diversidad de los pueblos y nacionalidades que se ubican en su territorio, y cada uno dueño de saberes, creencias, cultura y tradiciones que los caracteriza y diferencia de otros. Cada uno de estos pueblos y nacionalidades es reconocido por el estado ecuatoriano, lo cual se encuentra cimentado en la Constitución de la República, y la cual solventa la garantía de derechos a los cuales se encuentran ligados cada uno de sus habitantes.

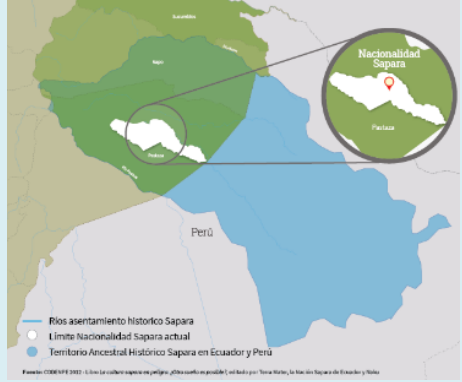

Ecuador como tal, es un país multiétnico, que alberga una población de 17.3 millones de habitantes, de los cuales el 77.7% son mestizos, el 10.8% caucásicos, el 5% son afroecuatorianos y mulatos, y el 6.1% (aproximadamente 1.1 millones de personas) son indígenas. Estos pueblos indígenas, que se agrupan en 14 nacionalidades, se distribuyen de la siguiente manera: el 24.1% (10 nacionalidades) vive en la Región Amazónica, el 7.3% (Kichwa Andinos) en la Sierra Sur y el 8.3% restantes en las regiones Costa e Insular. ⁽²⁶⁾ Es importante destacar que algunas nacionalidades tienen una baja densidad poblacional, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4 Nacionalidades indígenas del Ecuador con densidad poblacional baja

Nacionalidades indígenas con densidad poblacional baja		
Nacionalidades	Número poblacional	Ubicación
A'i Cofán	1485 habitantes	Al noroeste de la Amazonía, en la frontera entre Colombia y Ecuador, entre el río Guamuez, y el río Aguarico, en la provincia de Sucumbíos.

		<p>Ilustración 1 Ubicación Nacionalidad A'i Cofán</p>  <p>Fuente: Mapeo biocultural para la comunidad Duvuno de La nacionalidad cofán. ⁽²⁷⁾</p>
<p>Shiwar</p>	<p>1198 habitantes</p>	<p>Ubicados al sureste de la provincia de Pastaza, parroquia río Corrientes y en la cuenca del río Tigre, en la Franja de Seguridad Nacional.</p> <p>Ilustración 2 Ubicación Nacionalidad Shiwar</p>  <p>Fuente: La Nación Shiwar de Ecuador alza su voz contra la perforación petrolera en su territorio. ⁽²⁸⁾</p>
<p>Siekopai</p>	<p>689 habitantes</p>	<p>Se asienta en la provincia de Sucumbíos, noreste de Ecuador, en dos cantones: Shushufindi y Cuyabeno, en la frontera con Perú.</p>

		<p>Ilustración 3 Ubicación Nacionalidad Siekopai</p>  <p>Fuente: Los indígenas amazónicos siekopai luchan por regresar a su tierra ancestral. ⁽²⁹⁾</p>
Siona	611 habitantes	<p>Habitan en la provincia de Sucumbíos, en el nororiente del Ecuador, específicamente en los cantones de Putumayo, Shushufindi y Cuyabeno.</p> <p>Ilustración 4 Ubicación Nacionalidad Siona</p>  <p>Fuente: Los sionas del Ecuador, su proceso de monetarización y otras incertidumbres futuras: análisis de una economía de recolección. ⁽³⁰⁾</p>
Sapara	559 habitantes	<p>Ubicados en las cuencas de los ríos Pindoyaku y Conambo, al sur de la provincia de Pastaza, colindada con el Perú.</p>

		<p>Ilustración 5 Ubicación Nacionalidad Sapara</p> <p>La pérdida de territorios de los Sáparas En la actualidad existen 575 Sáparas. Se ubican en el centro de la provincia de Pastaza, entre los ríos Conambo y Pintoyacu.</p>  <p>Fuente: Cartilla de saberes y conocimientos de la nacionalidad sapara. ⁽³¹⁾</p>
<p>Épera</p>	<p>546 habitantes</p>	<p>Se ubica en la costa del Pacífico de Ecuador y Colombia, en el área denominada Chocó.</p> <p>Ilustración 6 Ubicación Nacionalidad Épera</p>  <p>Fuente: Para los Épera no hay fronteras: colombianos y ecuatorianos un solo pueblo. ⁽³²⁾</p>

En el Ecuador los pueblos indígenas afrontan un proceso de discriminación que afecta sus derechos humanos. Un documento de análisis en torno a la situación de los pueblos indígenas y sus obstáculos para enfrentar los problemas de la pandemia por el COVID-19, los califica como un pueblo vulnerable a esta situación sanitaria, por su proceso de desigualdad y exclusión al momento de acceder o hacer uso de bienes y servicios públicos, como es el caso de los servicios de salud, así como también por su aislamiento geográfico, lo cual dificulta la prestación de estos servicios y razón por la cual se registra un mayor índice de enfermedades infectocontagiosas y crónicas no transmisibles. ⁽²⁶⁾

Los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador, así como también los afroecuatorianos y montuvios son catalogados como poblaciones vulnerables al momento de acceder al sistema sanitario desde un análisis de las determinantes de salud, como lo son las biológicas, marcadas por incidencias de enfermedades predominantes desde la infancia que no han sido tratadas o no se han dado seguimiento de manera adecuada; Ambientales, marcada por la

contaminación ambiental, principalmente las poblaciones indígenas de la Amazonía que se ven afectadas por el derrame del petróleo, y problemas de accesibilidad geográfica; y Culturales, por dificultad en la comunicación al referirnos al uso del idioma. ⁽³³⁾

Las condiciones de vida de los pueblos indígenas del Ecuador, en base a la salud, están claramente marcadas por su perfil epidemiológico, en donde los índices de morbimortalidad sugieren la relación directa entre las causas de la enfermedad con las condiciones sanitarias en las que viven. Las principales causas de morbimortalidad en esta población son las diarreas, tuberculosis, infecciones respiratorias agudas, parasitosis y la desnutrición, además, la salud materno infantil es un tema sanitario de preocupación que no se puede dejar de lado, debido a que conjuntamente con las altas tasas de fecundidad constituyen riesgos elevados.

Los principales problemas de salud de las comunidades indígenas del Ecuador se relacionan además con el nivel educativo, índices elevados de pobreza, la alta prevalencia de microorganismos patógenos presentes en el entorno donde viven y la baja cobertura de inmunizaciones en los niños, esta última como una actividad propia del sistema de salud con la que no se está cumpliendo, y la cual también representa la vulnerabilidad a la que se somete la niñez indígena provocando un impacto a futuro tanto en la salud física como mental de este grupo poblacional. Estas características se ven influenciadas por factores socioculturales bien definidos y por otros determinantes sociales como necesidades básicas no satisfechas, la urbanización, la industrialización, la pérdida de la identidad, la violencia, el alcoholismo, la contaminación y el deterioro del medio ambiente. ⁽³⁴⁾

La problemática en salud de los pueblos indígenas, se relaciona principalmente a condiciones socioeconómicas y de accesibilidad, como por ejemplo la falta de entrega de insumos, lo que prohíbe la ejecución de procedimientos básicos de salud; ausencia de servicios de salud con adaptación cultural, lo que supone la falta de apego y aceptación de la población indígena, en este aspecto destaca también el desconocimiento de la medicina tradicional, lo que evita un equilibrio entre los conocimientos ancestrales y médicos evitando su interrelación, así como también el desconocimiento de la realidad lingüística, lo que provoca dificultad en la comunicación. ⁽³⁵⁾

Para las agrupaciones políticas y de organización territorial de los pueblos indígenas como la CONFENIAE, en la situación de crisis por la pandemia se ha evidenciado una ausencia de políticas públicas de acción rápida, mismas que den respuesta a la situación de riesgo que viven sus habitantes, lo que ha conllevado por tal motivo a un aumento de contagios no detectados en las comunidades por falta de pruebas diagnósticas, y que por ende estos grupos indígenas corren el riesgo de estar expuestos a contagios comunitarios, haciendo aún más grave el problema de salud. ⁽²⁶⁾

Por otra parte, se reconoce también que el estado Ecuatoriano ha buscado generar políticas públicas enfocadas en los pueblos indígenas para mejorar su calidad de vida, las cuales se detallan en la Tabla 5, sin embargo, lo catalogan como acciones de respuesta tardía y que aun así no han sido socializados ni tampoco contemplan la cultura o participación activa de

los pueblos indígenas, como por ejemplo que no se apegan a las costumbres lingüísticas, que esto para sus habitantes significaría la no comprensión de estos protocolos, o por otra parte, se lo llegue a comprender, pero de manera errónea, lo cual solo desencadenaría mayores conflictos.

Tabla 5 Políticas públicas para garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas

Políticas públicas para garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas		
Año	Políticas/Programas	Características
2010	Plan plurinacional para eliminar la Discriminación Racial y la exclusión étnica y cultural.	<p>Eliminar las distintas formas y prácticas sistemáticas de discriminación racial y de exclusión étnica cultural para promover una ciudadanía plural, intercultural e inclusiva a través de las políticas públicas del Estado.</p> <p>Incorporar el enfoque de género y generacional tanto en las acciones estatales de protección y garantía como en las iniciativas de la sociedad civil que regulen y aseguren eficacia en el mejoramiento de la calidad de vida de mujeres, adultos mayores, niños, niñas y jóvenes de nacionalidades y pueblos indígenas y afroecuatorianos. ⁽³⁶⁾</p>
2013	Proyecto Desarrollo y Diversidad Cultural para la Reducción de la Pobreza e inclusión social	<p>Busca contribuir al logro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, de modo que oriente a erradicar la pobreza extrema y el hambre, promover la igualdad de género, mejorar la salud materna, así como la necesidad de afirmar la existencia de diferentes identidades y fortalecer la interculturalidad.</p>
2017	Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial	<p>Tiene como objetivo general Establecer lineamientos operativos a los actores que conforman el Sistema Nacional de Salud que interactúan en el cordón de protección de salud del área de los pueblos indígenas en aislamiento para prevenir el contacto a partir de las acciones de salud, atender los efectos causados en la salud en caso de contacto, y restablecer las condiciones de salud de los pueblos indígenas en aislamiento, en contacto inicial y las poblaciones colindantes de las Provincias de Orellana, Napo y Pastaza en el marco de la implementación del Modelo</p>

		de Atención de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). ⁽³³⁾
2019	Agenda para la igualdad de derechos de las nacionalidades y pueblos indígenas, pueblo afroecuatoriano y pueblo montubio 2019 - 2021	<p>Instrumento básico que reconoce la situación de las comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano y el pueblo montubio; recoge las demandas formuladas por sus organizaciones, las contextualiza en las condiciones establecidas en la normativa constitucional relativas a los derechos colectivos de estos sujetos sociales y políticos y en el marco institucional de la gestión pública; y, construye un conjunto de propuestas de política pública que legitime sus requerimientos.</p> <p>Promover la igualdad y combatir las discriminaciones. ⁽⁶⁾</p>
2022	Plan decenal de salud 2022-2031	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equidad en salud - Promoción de la salud - Medicina preventiva - Atención oportuna y de calidad - Sistema de salud integrado y eficiente <p>Meta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementar un estudio de los factores que inciden en el acceso a servicios de salud de grupos de atención prioritaria; brechas y barreras de acceso por etnia, área geográfica y factores institucionales y culturales. ⁽³⁷⁾

De la misma manera, se puede llegar a evidenciar que existen ciertos roces entre el estado ecuatoriano y los máximos representantes de los pueblos indígenas, lo cual pone aún más en riesgo el acceso a servicios de salud óptimos y de calidad para la población, y es que se considera que todavía existe discriminación y autoritarismo al momento de tomar decisiones que involucra a estos grupos étnicos, por ello estas agrupaciones sociales bajo el contexto de

la pandemia decidieron realizar un registro propio de los contagios y no precisamente con la ayuda del estado, sino por el contrario, buscando el apoyo de otras organizaciones sociales.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio documental, donde se identificará las bases de datos relevantes: académicas, científicas y de investigación pertinentes para buscar artículos relacionados con el tema. Algunas bases de datos comunes que se incluyeron son Scielo, Redalyc, PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, Google Scholar, entre otras.

A continuación, se realizó una búsqueda sistemática utilizando palabras clave y combinaciones de términos relacionados con el tema de investigación. como "servicios de salud", "grupos étnicos", "diversidad cultural", "acceso a la atención médica", "desigualdades de salud", "interculturalidad en salud", "determinantes de salud", entre otras. Con la utilización de operadores booleanos (AND, OR) para ampliar o restringir la búsqueda según sea necesario.

Se seleccionaron artículos relevantes revisando los títulos y resúmenes encontrados, se excluirán aquellos que no cumplan con los criterios de inclusión, como artículos que no aborden específicamente la relación entre grupos étnicos, utilización de servicios de salud y diversidad cultural.

Posteriormente se desarrolló una lectura crítica de los artículos seleccionados para extraer la información relevante y responder a la pregunta de investigación. Se identificó las principales teorías, conceptos, metodologías y resultados presentados en los estudios. Luego se organizó la información con un resumen de los hallazgos y resultados clave de cada artículo y organizó de manera coherente. Identificando patrones, tendencias y brechas en la literatura revisada.

Para la triangulación se analizaron las relaciones entre las diferentes categorías y se interpretó los resultados en el contexto de las preguntas de investigación, así como del contenido de los artículos seleccionados, se identificaron los temas, conceptos y categorías principales que emerjan de la lectura crítica.

La interpretación de resultados se desarrolló mediante la segmentación de la información encontrada posterior a la revisión bibliográfica y su respectiva comparación entre autores desarrollada en la triangulación.

Se identifico las principales conclusiones y nuevos conocimientos adquiridos como resultado del trabajo de investigación.

Finalmente, se actualizó y se citó correctamente las referencias: Asegurándose de que todas las referencias utilizadas en la revisión bibliográfica estén correctamente citadas y referenciadas.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados

Posterior a la revisión bibliográfica y bajo los criterios de inclusión, se seleccionaron 16 trabajos de investigación que tratan o incluyen los factores que intervienen en el uso de los servicios de salud por parte de diferentes grupos étnicos y su relación con la interculturalidad, los mismos que tras su posterior análisis e interpretación arrojan resultados similares entre sí, independientemente del lugar de estudio. De esta manera, los principales factores que influyen en la utilización de los servicios de salud por parte de diferentes grupos étnicos y su relación con la diversidad cultural se pueden consolidar en 4 grandes grupos: Socioeconómicos, Culturales, Geográficos y de Género.

En cuanto a los factores socioeconómicos, se destaca principalmente la escasa capacidad resolutoria que poseen los servicios de salud más accesibles a la población indígena, en los cuales sobresale: la falta de personal de salud, que implica largos tiempos de espera para recibir atención; la falta de infraestructura, que supone referencias a otras unidades de salud, la mala distribución de recursos, que significaría gastos del bolsillo de los usuarios, la escasa o nula implementación de tecnología, entre otros aspectos que a la hora de brindar atención a los usuarios, hace que la misma sea ineficiente, y que por lo general no satisfaga las necesidades de salud que tiene la población indígena. ⁽³⁸⁾

Otro factor socioeconómico está caracterizado por procesos de discriminación por parte de la población en general hacia los grupos indígenas, esto en dependencia de las famosas clases sociales, marcadas por el ingreso económico de sus familias, mismo que deriva o se relaciona al nivel educativo, puesto que la falta o escasa preparación académica hace que se empleen en trabajos informales, lo que les impide obtener puestos de trabajo con buenos salarios y con ello un menor acceso a redes de seguridad social para el acceso a los servicios de la salud, así como también a la de otros servicios indispensables para su bienestar. ⁽³⁸⁾

La formación biomédica es también un factor social, ya que durante sus procesos de enseñanza aprendizaje se les inculca a los futuros profesionales de la salud la idea de que la medicina occidental es aquella que posee la verdad absoluta, y existe una carencia notable de formación en comprender a la medicina tradicional, y el proceso de interculturalidad que deberían poner en práctica al momento de atender a un usuario originario de grupos étnicos, más bien, por el contrario, se enfatiza en que la medicina tradicional es únicamente empírica y no científica, propiamente fundamentada en la falta de investigaciones etnobotánicas y diversas técnicas de curación que se utilizan de manera ancestral. ⁽³⁹⁾

El ámbito político es también un claro ejemplo de barrera socioeconómica, en donde se ha visto una total despreocupación por darle un correcto seguimiento o ejecutar estudios epidemiológicos que les permitan conocer la realidad de estas localidades y por ende no proporcionar medidas oportunas y que la población se vea obligada a buscar por sus propios medios las soluciones a sus necesidades. Con ello de la mano vienen también la falta de legislaciones o políticas que conozcan y controlen la implementación de las prácticas de salud tradicionales, lo que impide que estas sean conocidas y reforzadas para garantizar el derecho a la salud con enfoque intercultural. ⁽⁴⁰⁾

Los factores culturales sin duda alguna se agudizan en características propias de los grupos étnicos, entre ellos principalmente la diferencia del idioma, lo cual al no ser manejado por parte de los profesionales de la salud provoca problemas de comunicación, haciendo imposible un proceso de intercambio de información adecuado para conocer las dolencias y necesidades de los usuarios, provocando diagnósticos equivocados o que la explicación de la enfermedad y el proceso a seguir, sean comprendidas en su totalidad por el usuario, haciendo imposible su adherencia al tratamiento y por ende no dando solución a su problema de salud, haciendo que rechacen aún más el sistema.

La cosmovisión del proceso salud enfermedad, es otra de las barreras culturales que se identifica en la interacción entre el profesional de la salud y el usuario originario de los grupos étnicos, ya que la explicación lógica que dan estos últimos al origen de la enfermedad tiene que ver con sus ideologías y creencias, en donde para ellos la enfermedad se desencadena por alteraciones del cuerpo después de que un espíritu maligno ha penetrado en su ser. Estas ideologías no son respetadas por los profesionales de la salud y señalan a los habitantes como personas ignorantes, haciendo que se sientan mal e inferiores, y aumentando de esta manera la brecha de confianza y comunicación. ⁽⁴¹⁾

En concordancia con lo antes expuesto se encuentra la ideología errada de los profesionales sanitarios, de que la cultura, las creencias y tradiciones de las poblaciones de los grupos étnicos son condiciones estáticas, y que no pueden ser modificadas o cambiadas por el proceso de resistencia que pueden llegar a presentar sus pobladores, sin embargo, el verdadero problema que existe está en la forma de como estos profesionales llegan hacia los grupos étnicos, que buscan tan solo cimentar a como dé lugar la medicina occidental y más no conocer la realidad de estos grupos y generar un proceso de enseñanza-aprendizaje mutuo, en donde ahí sí, al no compartir sus costumbres no son aceptados. ⁽⁴²⁾

La falta de adecuaciones culturales en los servicios de salud es considerada como una falta de consideración y respeto con los grupos étnicos, esto debido a que el no considerar o tomar en cuenta sus prácticas culturales, dan cierto significado de inferioridad ante la medicina occidental, así como también provoca que el entorno para estas poblaciones sea un ambiente desconocido y no acogedor, haciendo su estancia y atención algo incómodo, lo cual sumado a los procesos de discriminación y a otros factores hace que los mismos no deseen regresar a estos lugares y por ende los vuelve vulnerables en el cumplimiento de su derecho a la salud que los estados y gobiernos promueven. ⁽⁴³⁾

Por otra parte, los factores geográficos representan, al igual que los anteriores factores ya mencionados, una gran barrera para el acceso y uso de los servicios de salud, esto debido a que la principal característica de los grupos étnicos es que se encuentran asentados principalmente en las zonas rurales, y con una dispersión geográfica marcada, es decir alejados de la población en general. Esto provoca que los mismos grupos étnicos se encuentren a largas distancias de los servicios de salud, principalmente de aquellos que poseen una mayor capacidad resolutoria que serían capaces de solventar sus necesidades sanitarias.

Por la misma dispersión geográfica, las áreas en las que se encuentran ubicados son de difícil acceso (camino en mal estado, acceso vía fluvial o aérea, ausencia de transporte), y para ello su movilización constituye aún más un conflicto para acceder a los servicios de salud, ya que de manera directa esta barrera provoca la inversión de un mayor tiempo, así como también de dinero, mientras que, por otra parte, supone también el dejar de lado sus actividades de la vida diaria como los trabajos en la agricultura, el cuidado de animalitos, entre otras.

Los grupos étnicos al estar ubicados en zonas alejadas a las ciudades, y de difícil acceso carecen también de algunos servicios básicos como la falta de acceso al agua y saneamiento, lo cual supone que dichas poblaciones vivan en complejas condiciones de vida y que al no considerar esta peculiaridad al momento de brindar la atención sanitaria, por más buen diagnóstico y tratamiento que se llegara a implementar, se verá en riesgo la recuperación del usuario, provocando que las enfermedades aparezcan de manera rutinaria, puesto que no se ha tratado el factor causal sino solo la enfermedad, y por ende el sistema pierde credibilidad ante la ideología de los habitantes.

Finalmente, encontramos a los factores de género, que si bien es cierto no fue abordado en la mayoría de estudios, en tres de ellos, se identificó como factor causal la no consideración de las necesidades, expectativas y tradiciones de las mujeres indígenas, y haciendo inclusive que las mismas sean objeto de un doble proceso de discriminación, sea este por ser mujeres y por ser indígenas, esta aseveración se encuentra sustentado en el registro de una mayor tasa de fecundidad en las mujeres indígenas, mismas que reciben una menor atención prenatal y de menor calidad.

Discusión

Las desigualdades sobre la protección de derechos y el uso de servicios, son notorias en los diferentes grupos étnicos a nivel mundial, con relación a la población en general. El tema del uso de los servicios de salud por estas poblaciones no ha sido la excepción, y es uno de los temas que genera controversia al momento de ser abordado, debido a que la cobertura y el propio acceso a estos servicios se ve perjudicado por múltiples factores, desde el ámbito político con el estado a la cabeza como ente regulador hasta el usuario indígena que tiene arraigadas sus costumbres y creencias que han sido aprendidas de generación en generación.

En la actualidad, ha existido un sin número de avances científicos y tecnológicos, sin embargo, estos han sido implementados para solventar problemas de una parte o grupo poblacional, excluyendo a los grupos étnicos en la mayoría de casos, por ejemplo, tras el análisis realizado en la presente investigación se ha observado la falta de información con la etiqueta “etnia”, y como lo corroboran algunos estudios al momento de realizar un seguimiento epidemiológico o conocer de los grupos étnicos, es imposible obtener datos exactos que permitan tener una visión más clara de la realidad que atraviesan estas poblaciones.

En los estudios analizados se ha encontrado un sin número de información importante sobre los factores que influyen en el acceso a los servicios de la salud para los grupos étnicos, sin embargo, se ha observado la ausencia de información sobre algunos temas claves, por ejemplo en el factor socioeconómico, fue imposible comparar: la desconfianza de los pueblos indígenas por malas experiencias con el personal sanitario, diagnósticos equivocados o tratamientos no satisfactorios; el nivel de rotación del personal (servicios de salud atendidos solo por personal rural), y la falta de profundización sobre la discriminación que viven las poblaciones indígenas no solo en el área rural sino también en el sector urbano.

Para los factores culturales se ha hecho relevante hablar de interculturalidad, sin embargo, con la deserción de los diferentes estudios se corrobora una falencia en la comprensión de lo que significa realmente esta palabra, ya que no se considera a la cultura como algo propio ligado a la forma de vivir de los pueblos indígenas, el irrespeto y no aceptación de las mismas, y el confundir que la interculturalidad es tan solo conocer la dieta y necesidades religiosas, hace que esta sea susceptible de confianza hacia el sistema de salud, y ganando protagonismo quienes si comparten sus creencias como los chamanes, curanderos y patronas, sobre los cuales hace falta estudios y su incorporación a los servicios de salud.

Existe una carencia de estudios e información relevante, sobre como la despoblación de ciertos lugares, principalmente sectores rurales, afectan a la reducción de la prestación de servicios dentro de las barreras geográficas para el acceso y uso de los servicios de la salud. En la misma línea de investigación hace falta profundizar sobre como los problemas de movilización del personal sanitario evita llegar con las prestaciones sanitarias hacia las personas más vulnerables y aquellas que se ubican en lugares de difícil acceso, característica propia de los grupos étnicos.

Un aspecto que definitivamente posee poca información para el tema de estudio es la barrera de género, en donde no se considera las creencias propias de los grupos étnicos, y en las cuales se podría enfatizar de acuerdo a sus políticas quienes poseen la prioridad de una atención médica, si su cultura les permite que tanto hombres como mujeres tengan la misma oportunidad y derechos, o como el sistema sanitario percibe la utilización de sus servicios por parte de estos grupos, porque si bien es cierto de los estudios analizados únicamente tres abarcan esta temática pero la realizan inclusive de una manera muy superficial.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Los grupos étnicos mundiales, regionales y locales no tienen mayor afinidad por elegir o usar los servicios de salud, sino por el contrario prefieren la medicina tradicional, esto debido a determinadas barreras y factores a los cuales se tienen que enfrentar, así como también a la poca importancia y representatividad que se le da a la cultura y tradiciones que practican, basadas en los saberes ancestrales adquiridos durante toda su vida. Esta realidad se da a pesar de todos los esfuerzos que los gobiernos y entidades rectoras de la salud han intentado implementar para solucionar esta problemática.
- Las principales barreras que afectan el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de los diferentes grupos étnicos son: las barreras políticas, caracterizada por falta de planes y programas públicos que den respuesta a las verdaderas necesidades en salud de los grupos étnicos; sociales, que se definen por la desigualdad en el acceso a servicios de calidad; geográficos, en donde el principal problema radica en vivir en zonas de difícil acceso y en situaciones precarias, y finalmente las barreras culturales, en donde se encuentra como característica principal el idioma, que a la hora de interactuar con los profesionales de la salud es notorio la falta de comprensión y una interrelación adecuada.
- Los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud por parte de los grupos étnicos se consolidan en 4 grandes grupos, siendo estos los factores socioeconómicos (escasa capacidad resolutive, menor acceso a redes de seguridad social, formación biomédica...), factores culturales (diferencia de idioma, diferencia de la cosmovisión del proceso salud enfermedad...), factores geográficos (dispersión geográfica, problemas de transporte...) y los factores de género, en donde este último pone en riesgo un doble proceso de discriminación de derechos, por ser mujeres y por pertenecer a un grupo étnico.

Recomendaciones

Para el ámbito político.

Establecer políticas, planes y programas focalizados en salud con enfoque intercultural, bajo directrices como, incluir la participación de grupos étnicos propios de determinado sector o localidad, de manera que se conozca la realidad de la población, sus necesidades y principales problemas que requieren de solución inmediata, así como también, ejecutar el respectivo seguimiento o evaluación del cumplimiento de las medidas establecidas y validar sus resultados a mediano y largo plazo.

Garantizar la distribución adecuada de recursos tanto materiales como de personal, incluyendo en estos últimos la inserción de los representantes o figuras de los grupos étnicos a los servicios sanitarios, sean estos chamanes, curanderos, matronas, entre otros. Por otra parte, ampliar la cartelera de servicios de los establecimientos de salud estratégicos más próximos a las poblaciones indígenas, de modo que se logre realizar un diagnóstico oportuno y brindar el respectivo tratamiento al menos para las enfermedades locales con mayor incidencia sobre la población.

Para el ámbito social.

Crear y fomentar una cultura de respeto a otras ideologías y costumbres propias de los grupos étnicos, sin ejercer procesos de discriminación ni desvalorizar las prácticas y creencias culturales de los mismos, y, por el contrario, aprender a compartir sus actividades con razonamiento lógico y establecer un proceso de aprendizaje mutuo. En el ámbito de la salud, aceptar y dar valor a las prácticas que den un resultado positivo para el bienestar de los individuos, y mediante procesos de educación para la salud, hacer comprender de aquellos que no traen ningún beneficio y ponen aún más en riesgo su salud, de esta manera hacer posible, tratamientos en donde interactúen tanto la medicina tradicional con la occidental.

Para las instituciones de educación superior.

Implementar en el pénsum académico de las instituciones de educación superior, encargadas de la formación de los profesionales de la salud en sus diferentes ramas, la formación en tema de interculturalidad, profundizando conocimientos y saberes de los grupos étnicos que habitan en su localidad, anteponiendo los valores de respeto y ampliando su conocimiento a un mundo totalmente nuevo de su formación inicial, de modo que se fortalezca el vínculo paciente-profesional de la salud, y la atención que se brinde sea basada en la empatía y trato humanizado.

CAPÍTULO VI. PROPUESTA

Establecer el tema de interculturalidad como característica clave en la formación de los profesionales de la salud, para lo cual se incentiva la implementación de cátedras o espacios que permitan un mayor acercamiento de los estudiantes con la población o representantes de los grupos étnicos, de modo que se conozca aún más la cosmovisión del proceso salud-

enfermedad en base a su ideología, así como también les permita a los futuros profesionales aprender a compartir sus costumbres y tradiciones.

Desarrollar una mayor producción de conocimientos a través de los procesos de investigación, profundizando en temas sueltos y aquellos que otros estudios no han considerado, pero sobre todo que permitan la participación de los principales actores, para conocer de esta manera tanto la perspectiva de los profesionales de la salud como de los habitantes de grupos étnicos al momento de interactuar en los servicios de salud, y que es lo que cada parte realiza para dar solución a esta problemática o cuáles son las medidas que toman para cumplir con sus objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Carvajal G, Meras Jáuregui RM. Consideraciones sobre el concepto salud: Una propuesta cubana. 2022 ene.-mar [Internet]. 2022 [citado 12 de febrero de 2024]. Vol. 26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000100122
2. Organización Panamericana de la salud. Derechos humanos 8 Principios rectores de la transformación digital del sector salud. [Internet]. 2023 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57371/OPSEIHIS230013_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Americas+ Resumen: panorama regional y perfiles del país. [Internet]. Washington, D.C. 2017 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/docum/ops/Salud.Americas.2017.pdf>
4. Secretaría general del Estado Ecuatoriano. Constitución de la república del Ecuador [Internet]. Vol. 449, Registro Oficial. 2008 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: www.lexis.com.ec
5. Enadara M, del Rocío MI, Ayala A, Ramiro LI. La interculturalidad y la plurinacionalidad del Ecuador en el marco de los derechos del Buen Vivir. 2020 [citado 12 de febrero de 2024]. Vol. 7. 988-998
6. Pleno del Consejo de Igualdad de Pueblos y Nacionalidades. Agenda para la igualdad de derechos de las nacionalidades y pueblos indígenas, pueblo afroecuatoriano y pueblo montubio 2019 - 2021. [Internet]. 2019 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.pueblosynacionalidades.gob.ec/wp-content/uploads/2020/02/Agenda-Nacional-para-la-Igualdad-de-Pueblos-y-Nacionalidades.pdf>

7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. [Internet]. 2018 [citado 12 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://www.studocu.com/ec/document/pontificia-universidad-catolica-del-ecuador/medicina/mais-2018-modelo-de-atencion-integral-de-salud/17554759>
8. Herrera-López J, Guadalupe A, Pachucho-Flores A. Percepción intercultural sobre el uso de medicina tradicional y/o convencional de las comunidades Quisapincha, Pasa y Salasaca. [Internet]. 2021[citado 12 de febrero de 2024]; 6(2). Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1072/985>
9. OECD/The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. OECD; 2020 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es
10. CEPALSTAT. I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. 2022 [citado 12 de febrero de 2024].
11. Del Pino S, Gómez S. Construyendo salud intercultural en América Latina. Avanzando hacia la equidad. Revista Electrónica Iberoamericana. 19 de diciembre de 2022 [citado 12 de febrero de 2024];16(2):123-44.
12. Salgado JG, Del Pino S, Coates AR, Guzmán M, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. Política sobre etnicidad y salud: construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 12 de febrero de 2024]; Vol. 92. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100308
13. Pino S, Camacho A. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52252/OPSIMSPHECOVID-19200030_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Aguilar-Peña M, Tobar Blandón MF, García-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Revista de Salud Pública [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 12 de febrero de 2024];22(4):1-5. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2020.v22n4/463-467/es>
15. Luzuriaga N, Calle J, Avila T, Arichávala A. Interculturalidad en los servicios de salud del Ecuador. 2023 [citado 12 de febrero de 2024].
16. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. [Internet]. 2019 [citado 12 de febrero de 2024]; Disponible en:

- https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51745/OPSEGC19002_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Ruiz M, Aginagalde A, Llano J. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. [Internet]. 2022 [citado 12 de febrero de 2024]; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf
 18. Neidhart H, Tham C, Rey U, Carlos J, Del Mundo Cruz M, Cáritas R. El reto de reducir la desigualdad del acceso a la salud en España. [Internet]. 2021 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.bms.com/assets/bms/spain/documents/moonshotbmshealthdisparities/MoonshotBMSHealthDisparities.pdf>
 19. Gomes SC, Esperidião MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Cad Saude Publica. [Internet]. 2017 [citado 12 de febrero de 2024];33(5). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8LtQ333qLvY9xmbGjJXtNP/abstract/?lang=pt>
 20. Dirección General de Programas y Proyectos Sectoriales y Especiales. Marco de planificación para pueblos indígenas. [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2024]; Disponible en: http://www.legisalud.gov.ar/pdf/UFIS_2020.pdf
 21. García L. Prácticas y saberes médicos tradicionales del pueblo diaguita catamarqueño y su relación con el sistema de salud pública. [Internet]. 2021 [citado 12 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/127/12769391010/12769391010.pdf>
 22. Organización Internacional del Trabajo. Leyes y políticas públicas al respecto de pueblos indígenas y tribales. 2020 [citado 12 de febrero de 2024].
 23. Fernández A, Fernández De Kirchner DC, Victoria C, Paz T, Brau EH, Paula D, et al. Guía de programas sociales. [Internet]. 2021 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_programas_sociales_del_estado_nacional.pdf
 24. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Sánchez-Domínguez M, Meléndez-Navarro D, Freyermuth-Enciso G. Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. Salud Publica Mex [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2024];62(6):810-9. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342020000600810&script=sci_abstract
 25. Centro nacional de epidemiología prevención y control de enfermedades. Análisis de situaciones de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía viviendo en el ámbito

- de las Cuatro Cuencas y Río Chambira [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: www.dge.gob.pe
26. CONAIE, CONFENIAE, NAWA, NASEPAI. Contribución de la sociedad civil al cuestionario del relator especial sobre los derechos de los pueblos indígenas sobre las repercusiones del COVID 19 en los pueblos indígenas en Ecuador [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://conaie.org/>
 27. Tenesaca L. Saberes ancestrales e interculturalidad del pueblo Cofán. [Internet]. 2021 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/1b1df950-acd6-48e0-b6de-737c8774bb1a/content>
 28. Paño Yáñez P, Astudillo Banegas J, Guerra Auqui I. Permanencias y emergencias del buen vivir en comunidades amazónicas shuar en la parroquia asunción-ecuador. 2020 [citado 12 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12765995008>
 29. Órgano de difusión de las nacionalidades indígenas de la amazonia ecuatoriana. Voz de la Confeniae [Internet]. 2023 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://confeniae.net/revista/>
 30. Solórzano M. Los sionas de soto tsiaya y su territorio (sia'ye ba'iji mai airo): ensamblajes e interfaces sociales en su cosmoexistencia. 2020 [citado 12 de febrero de 2024].
 31. Tapia A, Herrera-Feijoo RJ, Ushigua M, Garcia-Cox W, Paguay C. GP, Correa-Salgado M de L. REDD+ en comunidades indígenas: Oportunidades y desafíos en la Nacionalidad Sápara del Ecuador. Green World Journal [Internet]. 18 de mayo de 2023 [citado 12 de febrero de 2024];6(3):65-65. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/370865377_REDD_en_comunidades_indigenas_Oportunidades_y_desafios_en_la_Nacionalidad_Sapara_del_Ecuador
 32. Villena-Esponera MP, Moreno-Rojas R, Molina-Recio G. Caracterización de la alimentación del pueblo indígena Épera Siapidara en Ecuador. Arch Latinoam Nutr. 1 de septiembre de 2018 [citado 12 de febrero de 2024];68(3):224-33.
 33. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial. [Internet]. 2017 [citado 12 de febrero de 2024]; Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/nt_protecci%00%B2n_salud_pueblos_ind%00%B1genas_aislamiento_voluntario_contacto_inicial_final_14_julio_2017.pdf
 34. Gea-Izquierdo E, Patiño N. Características socioculturales, demográficas y de salud pública de las nacionalidades indígenas del Ecuador. [Internet]. 2021 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://edipuce.edu.ec/wp->

[content/uploads/2021/04/Caracteristicas-socioculturales-demograficas-y-de-salud-publica-de-las-nacionalidades-indigenas-del-Ecuador.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/04/Caracteristicas-socioculturales-demograficas-y-de-salud-publica-de-las-nacionalidades-indigenas-del-Ecuador.pdf)

35. Díaz A, Tiupul R, Arias J, Luna M, Santillán M, Arce E, et al. Protocolo con pertinencia intercultural para la prevención y atención de la covid-19 en pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios del ecuador. [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/PROTOCOLO-CON-PERTINENCIA-INTERCULTURAL-PARA-LA-PREVENCI%C3%93N-Y-ATENCI%C3%93N-DEL-COVID-19-EN-PUEBLOS-Y-NACIONALIDADES-IND%C3%8DGENAS-AFROECUATORIANOS-Y-MONTUBIOS-DEL-ECUADOR.pdf>
36. Programa Desarrollo y Diversidad Cultural. Plan plurinacional para eliminar la discriminación racial y la exclusión étnica y cultural. [Internet]. 2010 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/58490.pdf>
37. Garzón Villalba X, Leonardo Ruales Estupiñán J, Ángel Moreira García M, María Gabriela Aguinaga Romero M, Francisco Pérez Tasigchana R, José Francisco Javier Vallejo Flores M, et al. Plan Decenal de Salud 2022-2031. [Internet]. 2022 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan-decenal-Salud-2022-ejecutivo.18.OK.pdf>
38. Paulo Maya A, Cruz Sánchez M. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud [Internet]. 20 de noviembre de 2018 [citado 12 de febrero de 2024];50(4):366-84. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/8821/8707>
39. Abramo L, Cecchini S, Ullmann H. Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2024];25(5):1587-98. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n5/1587-1598/es>
40. Langdon EJ, Garnelo L. Articulación entre servicios de salud y «medicina indígena»: Reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. Salud Colect [Internet]. 2017 [citado 12 de febrero de 2024];13(3):457-70. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2017.v13n3/457-470/es/>
41. Valladares Villagómez MA, Duque Orozco GE, Oña Quillupangui PE. La salud intercultural en Toñampare contada desde el desencuentro dialógico de saberes. Latin American and Caribbean Ethnic Studies [Internet]. 2023 [citado 12 de febrero de 2024];18(3):456-79. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17442222.2022.2038423?needAccess=true>

42. Romero-Tapias OY, Perilla-Benítez JC, Cedeño-Tapia SJ, Tapiero-Rojas JD, Tamayo-Ortiz JL. Medicina tradicional ancestral en el sistema de salud de Ecuador. Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies [Internet]. 30 de diciembre de 2022 [citado 12 de febrero de 2024]; 3(8):272-86. Disponible en: <https://www.journals.sapienzaeditorial.com/index.php/SIJS/article/download/587/415>
43. Esteban D, López G. Perspectivas actuales sobre las prácticas de la medicina ancestral andina. Cuenca, Ecuador. [Internet]. 2018 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29585/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

ANEXOS

Tabla 6 Barreras y factores que influyen en la utilización de los servicios de salud por parte de diferentes grupos étnicos.

Fuente de datos	Resultados	Convergencias	Divergencias	Conclusiones
<p>Libro Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas+ Resumen: panorama regional y perfiles de país. 2017 Publicación científica y técnica N° 642</p>	<p>Las principales desigualdades que afectan a la Región en cuanto a la salud, son uno de los retos que deben ser abordados, debido a que muchas personas en América Latina y el Caribe no tienen acceso a la atención básica de salud.</p> <p>Estas desigualdades son el resultado de condiciones socioeconómicas, el sexo, la raza, la etnicidad y el lugar de residencia.</p> <p>El presente documento, trata la desigualdad en el</p>	<p>En el primer nivel de atención, que constituye la primera puerta de entrada al sistema de salud, y que brinda cobertura a los grupos étnicos en primera instancia, no cuentan con personal de salud suficiente y tienen escasa capacidad resolutive, aspectos que no responden a los perfiles de salud de la población indígena.</p>	<p>La calidad de atención médica y la confiabilidad de la misma se ve afectada por problemas de suministros (falta de financiamiento) y la deficiente implementación de tecnología o por el uso ineficiente de recursos.</p>	<p>El uso de los servicios de la salud en América Latina por parte de los grupos étnicos, se ve comprometido por factores ligados a una evidente desigualdad en el abastecimiento de recursos y capacidad resolutive, por falta de presupuesto o problemas de administración de los servicios sanitarios de elección, y en donde se evidencia además la falta de importancia que se le da a este grupo poblacional.</p>

	<p>acceso a la salud con enfoques de género y aspectos culturales, étnicos y lingüísticos que definen las necesidades diferenciadas de las comunidades, y que impiden el goce pleno de los derechos y la participación plena en todas las esferas de nuestra sociedad. ⁽³⁾</p>			
<p>Artículo científico Pino S., Gómez S.</p> <p>Construyendo salud intercultural en América Latina. Avanzando hacia la equidad.</p> <p>2022; 16(2), pp. 123-144 Revista Electrónica Iberoamericana (REIB)</p>	<p>América Latina posee una gran riqueza cultural por los pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y otros grupos étnicos que conviven en su territorio, y los cuales se enfrentan a grandes desigualdades como por ejemplo el acceso a los servicios de salud, y por ende se los considera como</p>	<p>Los pueblos indígenas están en condiciones de vulnerabilidad ante desigualdades de la salud debido a la discriminación y falta de visibilidad que experimentan.</p> <p>La falta de datos representativos sobre su situación actual de</p>	<p>El problema que lleva a los pueblos indígenas a estar en niveles de pobreza y pobreza extrema, y lo cual hace que los gastos en salud no puedan ser asumidos, es el de ocupar empleos de baja remuneración económica, lo cual se liga a niveles de educación bajos, característicos de estas comunidades.</p>	<p>Los grupos étnicos, entre ellos los pueblos indígenas, son sometidos a procesos de discriminación por parte de la sociedad en general, lo cual les quita representatividad en todo aspecto social, y hace que en temas de la salud se les dificulte la adherencia a los servicios de salud, ya que no representan una experiencia</p>

	<p>grupos con un mayor grado de vulnerabilidad y desventaja, en relación a otros grupos poblacionales. Estas situaciones muchas de las veces se desencadenan por experiencias de racismo y discriminación. ⁽¹¹⁾</p>	<p>salud, la falta de infraestructura sanitaria que origina gastos de bolsillo imposibles de asumir por la población en situaciones de pobreza, son aspectos que agudizan su situación.</p> <p>El acceso a los servicios de salud se ve condicionado, además, por la dispersión geográfica en el área rural, lo que provoca un menor acceso a los servicios de salud en todas sus esferas, materna, infantil, entre otras.</p> <p>Los servicios de salud en común no tienen en cuenta las necesidades, expectativas y</p>	<p>La falta o escases de servicios de salud adecuados culturalmente han proporcionado un rol protagónico a chamanes, curanderos, parteras y matronas informales, mismas que han complementado a la medicina occidental o por su defecto la han sustituido por completo ante las prácticas y preferencias de los grupos étnicos.</p>	<p>agradable por su situación económica, ligada a ocupaciones laborales con escasa remuneración económica, las condiciones geográficas en las que viven, y por la falta de servicios de salud culturalmente adecuados, que lo único que hacen es que los grupos étnicos presten resistencia a la medicina occidental y se adhieran aún más a la tradicional o ancestral.</p>
--	--	---	---	--

		tradiciones de las niñas y de las mujeres indígenas, lo cual supone para este grupo poblacional un mayor riesgo del abuso de sus derechos, puesto que son susceptibles de doble discriminación, por ser mujeres e indígenas.		
<p>Artículo Científico Pino S., Coates A., Guzmán J., Gómez J., Ruiz C.</p> <p>Política sobre etnicidad y salud: construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas.</p> <p>2018; 92 Rev Esp Salud Pública</p>	<p>Con base al acceso y la cobertura universal de salud, se busca dar respuesta a las necesidades de abordaje intercultural con enfoque sobre los determinantes sociales de la salud, desigualdades de género que interaccionan con la etnicidad, diferencias en la promoción y respeto de derechos individuales y colectivos</p>	<p>Grupos étnicos como los indígenas, afrodescendientes y romaníes, así como otros grupos étnicos que coexisten en las Américas, se enfrentan en muchas ocasiones a situaciones de discriminación y exclusión, lo cual da paso a la violación de sus derechos y a unas</p>	<p>La política sobre etnicidad y salud, es una estrategia que solventa o busca la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud mediante el abordaje de la etnicidad como determinante social, impulsando procesos de diálogo, conocer sobre la perspectiva de saberes, prácticas ancestrales y espirituales de estos grupos</p>	<p>La desigualdad en el acceso a los servicios de la salud, se ve claramente definido por procesos de discriminación y violación de derechos de los grupos étnicos, lo cual supone un riesgo permanente para su salud, y constituye un factor social que impide la adherencia a las unidades asistenciales por parte de este grupo poblacional, a fin de resguardar sus derechos, y no</p>

	<p>para los pueblos indígenas. Y de esta manera asegurar un acceso a servicios sanitarios adecuados, oportunos, de calidad y en donde no se exponga a la población a dificultades financieras. ⁽¹²⁾</p>	<p>peores condiciones de vida y resultados en salud.</p>	<p>poblacionales a fin de garantizar su participación social.</p>	<p>exponerse a procesos que los denigren o los vuelvan aún más vulnerables.</p> <p>Pero, ante lo cual está la creación de políticas públicas como la Política sobre Etnicidad y Salud, que busca su participación y brindarle mayor protagonismo a nivel social.</p>
<p>Publicación Científica Pino S., Camacho A.</p> <p>Organización Panamericana de la Salud (OPS)</p> <p>Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19.</p>	<p>La Región de las Américas se caracteriza por su riqueza multiétnica y multicultural. Sin embargo, los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos se enfrentan en muchas ocasiones a la discriminación y la exclusión, lo que genera inequidades en el ámbito de la salud.</p>	<p>Los pueblos indígenas y afrodescendientes en torno al acceso a servicios de calidad, son considerados como vulnerables en relación a la población en general, esto debido a un menor acceso a redes de seguridad social, que se definen por menores ingresos económicos a</p>	<p>Los antecedentes de racismo generan en los pueblos indígenas y afrodescendientes desconfianza al momento de decidir por el uso de los servicios de salud.</p>	<p>La fusión de factores socioeconómicos, y demográficos, hacen que los grupos étnicos sean más vulnerables al momento de acceder y dar uso de los servicios de salud, esto porque sus condiciones de vida dificultan su adherencia. Así también, la historia juega un papel importante en este aspecto, ya que los procesos de racismo de los cuales</p>

<p>2020 Departamento de Emergencias de Salud</p>	<p>Es importante además reconocer la diferencia entre grupos étnicos y promover un enfoque intercultural bajo principios de igualdad y respeto mutuo, y de esta manera lograr resultados positivos en base a la salud universal. (13)</p>	<p>causa de la informalidad laboral. La salud de las poblaciones indígenas se encuentra afectadas por complejas condiciones de vida, la falta de acceso a agua y saneamiento, problemas en la comunicación y transporte, así como también las largas distancias a las que se encuentran de los servicios de salud, lo que impiden una adherencia con la red del sistema de salud.</p>		<p>fueron víctimas estas poblaciones en tiempos anteriores hace que en la actualidad la población sea más susceptible ante cualquier proceso de discriminación.</p>
<p>Artículo Científico Aguilar M., Tobar M., García H.</p>	<p>La población indígena presenta condiciones de vida complejas, que se reflejan en un mayor índice de morbi-mortalidad, lo</p>	<p>La discriminación que afecta la salud y desencadena morbilidad y mortalidad por causas prevenibles con relación</p>	<p>A nivel social existen barreras como la falta de aceptación de la medicina tradicional, esto por parte de los proveedores</p>	<p>La inequidad y desigual que viven los grupos étnicos, es sin duda alguna el producto de un sin número de determinantes sociales que</p>

<p>Salud intercultural y modelo de salud propio indígena.</p> <p>2020; 22(4), pp. 463-467 Rev Salud Pública</p>	<p>cual sucede a pesar de la cobertura que brinda el Sistema de Salud.</p> <p>Por tal motivo, es necesario conocer los factores causales de estas diferencias, y para lo cual se hace uso de la interculturalidad como una herramienta que intenta conectar la medicina occidental y tradicional.</p> <p>Es así que las políticas públicas deben incluir la interculturalidad (lengua indígena, alimentación, equipamiento con elementos tradicionales, etc.) para lograr los resultados esperados, pero también se debe ofrecer una estructura adecuada de los servicios de salud, formación de los</p>	<p>al resto de la población se evidencian en condiciones de pobreza.</p> <p>El problema del acceso y apego al sistema de salud por parte de los pueblos indígenas se da por una diferencia marcada en el idioma y la cosmovisión del proceso de salud-enfermedad, misma que no guarda coherencia o similitud a la salud occidental.</p> <p>En torno a lo geográfico, la principal causa de difícil acceso a los servicios de salud es la ubicación de las viviendas de la población indígena en áreas de difícil acceso.</p>	<p>sanitarios a falta de procesos de investigación, así como también, del origen de la educación de formación que reciben, impuestos por la comunidad científica en donde se posee la mentalidad de poseer toda la verdad, y deducir al conocimiento ancestral únicamente como empírico y no científico.</p> <p>Se llega a la conclusión de que el problema principal por el cual la población no recurre a los centros de salud es porque los mismos no solucionan sus problemas y no lo solucionan porque no los entienden.</p>	<p>condicionan y vulneran sus derechos, entre ellos, el del acceso a servicios de salud de calidad, así encontramos barreras económicas como sus índices de pobreza y pobreza extrema en la que viven, barreras culturales definidas por problemas de comunicación en lo que se refiere al uso del lenguaje, que hace que no se solucionen sus problemas de salud, y barreras geográficas por su ubicación en lugares de difícil acceso.</p> <p>Sin embargo, un tema que causa preocupación, es sin duda alguna la falta de capacitación que tienen los profesionales de la salud en temas de interculturalidad.</p>
---	--	--	---	--

	profesionales en temas de interculturalidad y atención humanizada. ⁽¹⁴⁾			
<p>Artículo Científico Neidhart H., Tham C.</p> <p>El reto de reducir la desigualdad del acceso a la salud en España.</p> <p>2021 Bristol Myers Squibb</p>	<p>El término de desigualdad de acceso a la salud es utilizado para abordar las diferencias existentes en la salud de las poblaciones que conviven en una zona determinada. Estas diferencias a la vez se relacionan con determinantes de la salud como los estilos de vida, la biología humana, el medio ambiente y el sistema sanitario. Se aborda de la misma manera el tema de territorialidad, como una forma de ofrecer y cuidar a los pueblos, desde el esfuerzo y la ampliación de red sanitaria dentro y fuera del área rural, que es donde</p>	<p>Los sesgos de género tienen gran relevancia a la hora de hablar de la desigualdad en el acceso a la salud, ya que se evidencia un manejo opuesto en torno al tratamiento y diagnóstico clínico entre hombres y mujeres.</p>	<p>El acceso a los servicios de salud se ve comprometido por la falta de intervenciones para educación en la salud en los grupos étnicos, lo cual presenta una estrecha relación entre comportamiento y salud, debido a que a un mayor nivel educativo se posee una mayor información para elegir comportamientos saludables.</p> <p>En base al territorio, la migración rural hace que exista un déficit de los servicios de salud, así como también la falta de</p>	<p>En el caso de países europeos, como es el caso de España, los factores o barreras que dificultan el uso de los servicios de salud y lo cual marca la desigualdad en este derecho, se enfocan más en un contexto social, por la falta de procesos de educación para la salud dirigida a la población de las áreas rurales o comunidades autóctonas, así como también, por el proceso de despoblación que existe. Por otra parte, se encuentra la barrera de género, misma que está delimitada por un proceso de discriminación al momento de la atención, así</p>

	habitan la población autóctona. ⁽¹⁶⁾		homogeneidad, misma que provoca desigualdades entre las comunidades autóctonas.	como en el diagnóstico y tratamiento.
<p>Artículo Científico Cardoso S., Azeveno M.</p> <p>Acceso de los usuarios indígenas a los servicios de salud de Cuiabá, Mato Grosso Brasil.</p> <p>2017; 33(5) Cad. Saúde Pública</p>	<p>Basándonos en el acceso de los usuarios indígenas a los servicios de salud, se han identificado varias barreras que dificultan la atención en salud dirigida a estos grupos poblacionales en diferentes regiones a nivel mundial. Entre las principales barreras se encuentran las organizativas, geográficas y culturales.</p> <p>En Brasil, el Subsistema de Atención de Salud Indígena/Sistema Único de Salud (SASI/SUS), son considerados como entornos étnicos y</p>	<p>Aspectos como: pocos recursos materiales e instalaciones físicas precarias dificultan la plena acogida de los pueblos indígenas y constituye cierta falta de respeto a la cultura de los usuarios indígenas.</p> <p>Por su parte, los profesionales de la salud generalmente no están preparados para atender a estas personas, lo que genera dificultades en la atención y hace que esta no sea de calidad.</p>	<p>El tiempo de espera para la atención en servicios de mediana y alta complejidad es otra constante que afecta la confianza en el sistema de salud, y el ser atendido por orden de llegada, sin respetar el horario previsto, causa situaciones estresantes, especialmente para los pacientes que viajan durante muchas horas buscando atención.</p> <p>Un aspecto cultural en salud va más allá del aprendizaje de la dieta y las necesidades religiosas de diferentes grupos étnicos. Se debe erradicar la</p>	<p>Condiciones, como la precariedad a la que se encuentran sometidas las unidades de salud por la falta de recursos, así como, la inoperancia o falta de capacitación de los profesionales de la salud para tratar con grupos étnicos, son barreras sociales que impiden que los habitantes de las comunidades prefieran hacer uso de las instalaciones. De la misma manera, la brecha se incrementa al interactuar también barreras geográficas, en donde para acceder a los servicios de salud los usuarios deben</p>

	<p>culturales dinámicos que tienen el deber de brindar atención básica a los pobladores indígenas, sin importar donde se ubican las tierras indígenas. La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), propone el respeto y reconocimiento de la efectividad de la medicina tradicional como uno de los componentes para superar los aspectos que hacen que la población indígena sea vulnerable a las enfermedades. ⁽¹⁹⁾</p>	<p>El tema del transporte de personas es considerado una de las principales barreras para el acceso de los usuarios, en general, a los servicios de salud, especialmente para los pacientes indígenas que buscan solución a sus necesidades. Este hecho se debe a la ubicación de los hogares de los pacientes, que normalmente se encuentran en zonas rurales, de difícil acceso, y a largas distancias de los centros de salud, especialmente de los especializados.</p>	<p>percepción de indiferencia y trato discriminatorio en las relaciones con los profesionales de los servicios de salud, así como también, la fragilidad política del sector para la constitución de rescatar la humanización de la atención y la integralidad de la atención en salud de los pueblos indígenas.</p>	<p>trasladarse durante largas distancias desde su lugar de asentamiento, y como si fuera poco deben pasar largos tiempos de espera para recibir atención médica. Finalmente, la comprensión errónea del término interculturalidad, evita que se ponga en práctica y se la desarrolle en toda su dimensión.</p>
<p>Artículo Científico García L.</p>	<p>Abordar la problemática de la salud e interculturalidad en territorios indígenas es</p>	<p>Se identifica como barrera socioeconómica para el acceso a los</p>	<p>Constituye una barrera de acceso para los pueblos indígenas que deben</p>	<p>La salud de los pueblos indígenas se ve comprometida, debido a la</p>

<p>Prácticas y saberes médicos tradicionales del pueblo Diaguita Catamarqueño y su relación con el sistema de salud pública.</p> <p>2021; 32(2) ANDES</p>	<p>de suma importancia para garantizar el cumplimiento de sus derechos. Para lo cual conocer el punto de vista y experiencias de los propios sujetos ayuda a entender la realidad de las comunidades Diaguitas, y con ello rastrear el punto de encuentro o desencuentro entre la población, sus prácticas saberes y tradiciones con los servicios de salud pública en el territorio.</p> <p>Las comunidades Diaguitas enfrentan profundas dificultades para el acceso a la salud pública, siendo uno de los problemas identificados el desconocimiento y la falta de valor que se le da a la cultura en relación a</p>	<p>servicios de salud, el costo que conlleva trasladarse hasta las unidades asistenciales en las ciudades o centros urbanos más cercanos, así como también, los problemas que acarrea el implementar los programas de salud por parte del estado, como por ejemplo la falta de recurso humano, la falta de insumos para la atención médica; así como la falta de infraestructura adecuada.</p> <p>Las barreras geográficas aparecen debido a que se encuentran asentadas a varios kilómetros de distancia de los centros asistenciales, por caminos de montaña de</p>	<p>trasladarse por largas distancias para llegar a una unidad de salud, que para acceder a los turnos en los hospitales deben gestionarse en horarios específicos y a través de formas dificultosas.</p> <p>Uno de los problemas culturales es el desconocimiento y la desvalorización cultural hacia sus prácticas de curación y cuidado tradicionales.</p> <p>En el presente estudio se encontró que la mayor causa de resistencia al sistema de salud se da por las reiteradas “prohibiciones” y persecuciones hacia la medicina tradicional.</p>	<p>dificultad del acceso que tienen a los servicios de salud, por múltiples factores como por ejemplo los gastos que representa el recibir atención médica, la implementación deficiente de programas o políticas bien estructuradas, el desconocimiento de la tecnología y sistemas que otorgan turnos, o a su vez, la poca importancia y valor que recibe la cultura a la cual se deben las comunidades.</p>
---	---	---	--	--

	prácticas de curación y cuidado. ⁽²¹⁾	difícil acceso tanto de los habitantes al sistema de salud y viceversa.		
<p>Artículo Científico Pelcastre B., Meneses S., Sánchez M., Meléndez D., Freyermuth G.</p> <p>Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México.</p> <p>2020; 62(6), pp. 810-819 Salud Pública en México</p>	<p>La salud es un derecho humano que debe procurarse lograr en su más alto nivel, sin embargo, esta característica en particular se da de manera desigual entre la población indígena y la no indígena, esto en virtud de las condiciones socioeconómicas en las que nacen y viven.</p> <p>En correlación a lo expuesto las poblaciones indígenas hacen un menor uso de los servicios de salud, y es en las cuales se observa un panorama epidemiológico de inequidad, siendo la salud reproductiva el ámbito en donde se observan con más</p>	<p>Entre las condiciones de salud del pueblo indígena de México y el uso de los servicios de salud se resaltan barreras como una menor disponibilidad de recursos en el ámbito rural, falta de dinero para cubrir costos de traslado o compra de medicamentos, y una menor tasa de seguridad social que está determinada por menores oportunidades educativas y laborales.</p> <p>Las poblaciones indígenas como tal deben viajar más tiempo</p>	<p>La discriminación a la población indígena en cuanto al acceso a servicios de salud no solo se experimenta en el sector rural, sino también en el urbano, misma que se ve reflejada en una menor satisfacción posterior al uso de los servicios.</p>	<p>El principal problema de las poblaciones indígenas para acceder a los servicios de salud, es sin duda alguna, que ésta atención sanitaria no sea gratuita y suponga la ejecución de gastos para el bolsillo de las familias, que al no poseer oportunidades laborales se convierte en una gran barrera. Sumado a ello, las grandes distancias que deben recorrer para acceder a los servicios de la salud, y el proceso de discriminación entre hombres y mujeres ponen en riesgo la relación entre el sistema de salud y los usuarios de las comunidades indígenas.</p>

	<p>énfasis las desigualdades. (24)</p>	<p>hasta llegar a los lugares donde recibirán la atención solicitada en base a sus necesidades de salud y a más de ello se registra mayores de tiempo de espera en relación a la población en general.</p> <p>La barrera de género a la hora de hablar de igualdad en el acceso a la salud se ve influenciada por resultados de mujeres indígenas con mayor tasa de fecundidad y con una menor atención prenatal y de menor calidad.</p>		<p>Un aspecto de gran importancia, es la discriminación y problemas que vive la población indígena, ya que la misma si bien es cierto se ubica en su mayoría en las zonas rurales, también existen aquellas que vive en el área urbana y sobre las cuales el proceso de rechazo y discriminación se agudiza mucho más.</p>
<p>Libro Mazzeti P., Suárez L., Bocangel V.</p>	<p>La interculturalidad busca incluir con mayor determinación las variables</p>	<p>Entre los principales problemas para la cobertura y</p>	<p>Entre otras características a modo de barrera entre los pueblos indígenas y el</p>	<p>El sistema de salud, tiene un gran problema de abastecimiento en todos los</p>

<p>Análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de la Amazonia viviendo en el ámbito de las cuatro Cuencas y Rio Chambira.</p> <p>2020, 1ª. Edición Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades</p>	<p>culturales en los servicios de la salud, de manera que se logre orientar la percepción y las respuestas de cada pueblo frente al proceso de salud-enfermedad.</p> <p>La necesidad de armonizar los intereses económicos del Estado, con su fin supremo de protección y defensa de la vida y de la salud de todos los ciudadanos, debe contribuir a detectar e informar oportunamente los impactos y los riesgos sobre la salud que pudieran tener consecuencias adversas para la sobrevivencia y el bienestar de los pueblos indígenas afectados por los grandes proyectos de desarrollo extractivo y recomendar las</p>	<p>accesibilidad de los pueblos indígenas al sistema sanitario se evidencian un desabastecimiento de medicamentos, tratamientos, insumos y pruebas rápidas, características que influyen en la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud y la confianza de la población.</p> <p>En lo social también sobresalen barreras como la calidad de atención a los pacientes y familiares, los horarios de atención, la falta de medicamentos, la falta de capacitación y pago los profesionales de la salud, entre otras.</p>	<p>sistema de salud está la limitada eficacia y problemas de seguimiento y continuidad de las políticas creadas para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud.</p> <p>En temas de género se refiere con mayor énfasis a la accesibilidad a los servicios de salud en general, derivada de la falta de personal en los puestos de salud debido a las ausencias frecuentes del personal o al reducido número de los mismos, así como la falta de profesionales de salud - principalmente obstetras-mujeres.</p>	<p>aspectos, entre ellos, principalmente, los recursos que permiten ofrecer a las comunidades indígenas, diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados para sus necesidades de salud, este problema desencadena en la falta de confiabilidad que se les transmite a sus habitantes, y por ende su poca aceptación a los servicios de salud como respuesta de primera elección.</p> <p>De la misma manera, a nivel administrativo, se refleja la falta de recurso humano para satisfacer de manera oportuna las necesidades de la población, y como si no fuera suficiente, el poco personal disponible, no se encuentra capacitado en atención de calidad para los pueblos indígenas.</p>
---	---	--	---	---

	medidas necesarias para salvaguardar su salud física y mental, a nivel individual y colectiva, de manera que esos derechos fundamentales de los pueblos indígenas, no sean relegados por la necesidad que tiene el país a buscar opciones para generar recursos que permitan el desarrollo del país. ⁽²⁵⁾	Los pueblos indígenas de la Amazonía en estudio presentan una gran lejanía y falta de accesibilidad a los centros urbanos, que inclusive para llegar hasta allí deben trasladarse mediante vía fluvial y por largas horas, siendo este su principal barrera al sistema de salud.		
Artículo Científico Paulo A., Cruz M. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: Un enfoque reflexivo. 2018; 50(4) Rev Universidad Industrial de Santander	Desde finales del siglo XX y bajo la perspectiva de la realidad a nivel mundial, en la mayoría de los países de América Latina la interculturalidad en salud ha sido considerada como una política de estado que incentiva a brindar soluciones a las demandas de atención sanitaria y	Los pueblos indígenas se han visto sometidos a procesos de marginación y confrontación en defensa de sus políticas frente a las políticas urbanas, sin embargo, dicho conflicto les ha hecho una población desvalorizada y que en	Bajo discursos políticos se reconoce de manera oficial a las prácticas de salud indígenas, pero lamentablemente a la hora de realizar sus principales demandas sociales estas son negadas. Por otra parte, para la planificación de las actividades, no se han tomado en cuenta el perfil	La fuente en donde radica la dificultad para acceder a los servicios de salud, por parte de los grupos étnicos, está basada en el ámbito social y político, por un proceso de discriminación y marginación a la cual se les ha sometido a sus habitantes, así como también por la deficiente implementación

	<p>acercamiento a las comunidades que principalmente se comunican a través de una lengua indígena.</p> <p>A partir del supuesto de que la cultura étnica constituye es una barrera que impide el acceso a los servicios de salud, se ha planteado como estrategia considerar las creencias y cosmovisiones de los pueblos indígenas, de tal manera que se pueda diseñar programas de salud “interculturales” que de una u otra manera incentiven a la aceptación de la biomedicina como parte de su diario vivir. ⁽³⁸⁾</p>	<p>muchos ámbitos pierda el poder que los caracteriza, claro ejemplo de ellos es el momento de hacer uso de los servicios de salud.</p> <p>La salud intercultural se ve afectada por dos características marcadas, una el déficit de capacitación del personal de salud, en donde se hace sentir discriminación a los hablantes indígenas, que de una u otra manera provocan eventos adversos ocasionados por problemas de comunicación y la diversidad de cosmovisiones respecto de la salud, la enfermedad y múltiples eventos cotidianos.</p>	<p>epidemiológico de la población indígena.</p> <p>En el ámbito cultural resulta difícil establecer relaciones de interlocución con los líderes y la población indígena, y no exactamente por una resistencia, ya que estos grupos étnicos aceptan a quienes muestran respeto por sus costumbres y creencias y las comparten como tal.</p>	<p>de políticas y programas que solventen el respeto y la garantía del derecho a la salud de estos grupos. Porque, si bien es cierto de manera teórica se ha creado un contexto intercultural óptimo, sin embargo, al momento de llevarlo a la práctica este contexto pierde su sentido y al no existir fuentes de evaluación, monitorización y control constantes pierden la ruta de sus objetivos y no logran solucionar el problema base de estas comunidades, lo cual se ve reflejado en tantos años de lucha sin respuesta favorable alguna.</p>
--	---	--	--	---

		<p>Por otro lado, la falta de adecuaciones culturales hospitalarias y la supuesta participación comunitaria, así como la actitud irresponsable de discriminación a la población indígena.</p> <p>Las poblaciones indígenas se encuentran ubicadas en localidades pequeñas y remotas, con espacios de salud, equipo y abasto de medicamentos, diseñados desde la visión urbana de los servicios de salud, sin incorporar elementos de la cultura local.</p>		
Artículo científico	Las tendencias de aumento de la pobreza, deterioro e	En cuanto al estrato socioeconómico, los	Se habla de cultura de privilegios, que constituye	El principal factor que influye en el uso de los

<p>Abramo L., Cecchini S., Ullman H.</p> <p>Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: El rol de la protección social.</p> <p>2019; 25(5), pp. 1587-1598</p> <p>Ciência & Saúde Coletiva</p>	<p>indicadores del mercado laboral y el estancamiento en la reducción de desigualdades de ingresos son preocupantes, ya que tienen relación directa con los indicadores de salud de los grupos étnicos y se pueden ver perjudicados, o por el contrario las brechas de desigualdad en salud pueden aumentar aún más.</p> <p>La expansión de la cobertura y acceso universal de la salud como las acciones propias del primer nivel de atención como promoción, prevención, curación y rehabilitación juegan un papel sumamente importante para garantizar el derecho a la salud y superar o afrontar las desigualdades.⁽³⁹⁾</p>	<p>elementos clave engloban la estructura de las instituciones y la distribución de los recursos en base a la producción y financiamiento. La principal manifestación en la que se traduce es en la desigualdad en ámbitos como la salud, el acceso a los servicios básicos y la educación que afecta a los grupos étnicos en el contexto social.</p>	<p>la negación del otro como sujeto de derechos y que es al cual los grupos étnicos se ven sometidos, esto se traduce a su vez en privilegios económicos, políticos, sociales y culturales para los demás, ya que este beneficio por así llamarlo se asocia a las condiciones étnico-racial, de género, origen, cultura, lengua y religión.</p>	<p>servicios de salud por parte de los grupos étnicos, es el social, en donde se evidencia un claro proceso de discriminación y poca importancia brindada a su población, lo cual se refleja en una mala implementación y distribución de recursos de las unidades asistenciales, así como la desventaja de los llamados privilegios para la población con mejores ingresos económicos.</p>
---	--	---	---	---

<p>Artículo Científico Langdon E., Garnelo L.</p> <p>Articulación entre servicios de salud y medicina indígena: reflexiones antropológicas entre política y realidad en Brasil.</p> <p>2017; 13(3), pp. 457-470 Universidad Nacional de Lanus</p>	<p>La dinámica de las prácticas terapéuticas y la influencia de los actores principales pone de manifiesto que la pluriculturalidad en el ámbito de la salud no debe entenderse como situaciones o contextos que opongan a los profesionales de la salud con sus pacientes, o dicho de otra manera, que no den paso a oposiciones de las prácticas biomédicas con aquellas tradicionales, indígenas o populares.</p> <p>Los estudios en base a la etnia con enfoque crítico, señalan intersecciones y articulaciones entre los factores del orden</p>	<p>Se evidencia procesos de discriminación también entre profesionales de la salud indígenas y no indígenas, en donde los primeros son ignorados, negados o rechazados, esto debido a que la formación biomédica como tal les impide percibir la amplitud y capacidad de producción de la autoatención que practican los pueblos indígenas.</p> <p>Existen barreras culturales en el ámbito de los servicios de la salud puesto que existe una opinión cerrada de</p>	<p>Las relaciones de poder estiman procesos de negación a la autoatención y a la intermedicalidad que tiene la soberanía en el interior de los pueblos indígenas, que al no ser reconocidos son vulnerados.</p>	<p>Los pueblos indígenas, poseen sus propios representantes de la salud, sin embargo estos también son discriminados y no son reconocidos ni respetados ante la medicina occidental, esto debido a concepciones erróneas de la autoatención, y de que las creencias de estas poblaciones son una barrera hermética que en vez de compartirla y entenderla la rechazan y por ende los profesionales de la salud buscan a como dé lugar implementar sus ideales, lo cual solo sirve como eje de autoritarismo y hace que sean rechazados por las comunidades, impidiendo la aceptación de los servicios de salud.</p>

	<p>estructural y las formas a través de las cuales la salud y la enfermedad se tratan localmente por cada uno de los grupos étnicos.</p> <p>De esta manera, los análisis producidos por el enfoque cultural exploran las características de determinados sistemas médicos como procesos regionales, nacionales y globales que evolucionan el contexto real, contribuyendo también a la política pública y a las colectividades a las que asisten los servicios de salud. ⁽⁴⁰⁾</p>	<p>los practicantes de la medicina occidental en donde se cree que la cultura, las creencias y la tradición son aspectos estáticos y de obstáculo para que la población indígena acepte como tal a los servicios biomédicos, cuando en verdad el problema cultural está en ellos mismo.</p>		
<p>Artículo Científico Valladares M., Duque G., Oña P.</p>	<p>Las prácticas culturales sobre el manejo de la salud desde la perspectiva waorani son validadas</p>	<p>La población indígena es vulnerada al momento de desconocer sus prácticas de salud</p>	<p>El pueblo indígena no se vincula por completo a los servicios de salud, debido a que la atención médica es</p>	<p>La comunidad de Toñampare, es un claro ejemplo de la mayoría de grupos étnicos asentados en</p>

<p>La salud intercultural en Toñampare contada desde el desencuentro diálogo de saberes.</p> <p>2023; 18(3), pp. 456-479 Latin American and Caribbean Ethnic Studies</p>	<p>desde su experiencia y calidad de vida, pero esto no es suficiente para el sistema de salud público que por otra parte desconocen y desaprueban estas prácticas. Esto se da en su mayoría a nivel social por los famosos estereotipos que buscan mantener las prácticas establecidas por los estados nacionales liberales, y que menosprecian los derechos colectivos y que en términos despectivos buscan convertir al “indio” en “ciudadano”. El diálogo de saberes en tema de salud intercultural desde el punto de vista de la medicina tradicional y de la medicina occidental, no logran conectarse entre sí, por lo que responden a modos de</p>	<p>ancestrales, y ser desaprobadas por parte del sistema de salud, por otra parte, se vulneran también sus derechos por que los centros médicos cercanos a las poblaciones indígenas cuentan con atención limitada, que únicamente se basa en la prevención, promoción y rehabilitación, haciendo casi imposible brindar respuesta a sus principales necesidades, y para su resolución tengan que trasladarse por vía aérea, lo cual por falta de recursos económicos prefieren abandonar los tratamientos.</p>	<p>únicamente brindada por médicos rurales, y los cuales rotan cada cierto tiempo.</p> <p>De la misma manera sucede con las políticas de respuesta creadas para ayudar a la interculturalidad, las cuales no responden a la realidad de los pueblos y comunidades.</p> <p>La medicina tradicional y ancestral es un conjunto de conocimientos que se ha transmitido de generación en generación y la cual al no ser reconocida afecta la susceptibilidad del pueblo indígena, lo que hace que el mismo evite o huya a la atención por los servicios de salud.</p>	<p>lugares de difícil acceso en el territorio ecuatoriano y lo cual los vuelve vulnerables al momento de intentar acceder a los servicios de salud, y a los que pueden acceder de una manera más rápida son de una escasa capacidad resolutive, y que no cuentan con actividades de interacción cultural lo cual provoca en los usuarios sentirse incómodos y rechazar como tal este tipo de servicio, haciendo necesario su uso únicamente en enfermedades sumamente complejas y a las cuales la medicina tradicional no pueda brindar soluciones.</p> <p>Así también, un aspecto preocupante y por el cual los habitantes de la comunidad no confían en el sistema de salud es la rotación constante del personal, que representa</p>
--	--	---	---	---

	aproximación político ecológicos distintos. ⁽⁴¹⁾		La conexión y cobertura por parte del sistema de salud a las comunidades indígenas se ve comprometido por temas de movilización, ya que el personal sanitario que brindan esta atención debe dirigirse hacia las comunidades mediante transporte terrestre o fluvial, para lo cual requieren de uso de varios recursos como tiempo, dinero e insumos, que muchas de las veces no se encuentran disponibles.	un problema ya que para poder expresar lo que sienten los usuarios son muy reservados y generar estos cambios, hace que la confianza y experiencia adquirida se pierda, lo que supone iniciar nuevamente con el proceso.
Artículo Científico Romero O., Perilla J., Cedeño S., Tapiero J., Tamayo J.	Dentro del sistema de salud de Ecuador se promueve la complementariedad de la medicina tradicional ancestral en las diferentes instituciones que la conforman, el estado es el	Aspectos socioeconómicos que afectan el uso de los servicios de salud y hace que los pueblos indígenas se apeguen a la medicina tradicional o	La principal barrera identificada es la falta de complementariedad entre la medicina ancestral y la occidental, lo cual afecta el proceso de tratamiento y recuperación y hace que las	Aspectos sociales y culturales, son características propias de la falta de adherencia de los grupos indígenas al sistema de salud. Por otra parte, los aspectos sociales definidos por

<p>Medicina tradicional ancestral en el sistema de salud de Ecuador.</p> <p>2022; 3(8), pp. 272-286</p> <p>Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies</p>	<p>responsable de garantizar las prácticas de salud ancestral tradicional mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos y prácticas en pro al cuidado de la salud, abordados por diferentes comunidades ecuatorianas.</p> <p>Tener una idea más clara y objetiva de la percepción de inclusión o exclusión de las prácticas de la medicina ancestral en el sistema de salud, teniendo en cuenta a los profesionales de la medicina convencional, y de esta manera poder analizar si estas prácticas generan un impacto positivo o negativo en el Ecuador.⁽⁴²⁾</p>	<p>ancestral son: la pobreza extrema que les impiden acceder a tratamientos médicos occidentales; la falta de cobertura del sistema de salud en las áreas rurales; y la falta de confianza médico-paciente para establecer interrelaciones apropiadas que resuelvan sus necesidades.</p>	<p>poblaciones indígenas no lo cumplan por falta de familiarización.</p> <p>Las creencias y prácticas tradicionales de la relación salud-enfermedad se encuentran bien arraigadas a la forma de vivir de los pueblos indígenas, lo que hace que estos no se adhieran a las políticas y formas de medicina occidental.</p>	<p>condiciones de vida propia de estas poblaciones impiden dar seguimiento a tratamientos propuestos por la medicina occidental, por la falta de presupuesto económico, por errores administrativos que no cumplen con los objetivos de salud para estas poblaciones entre otros. Y en el aspecto cultural, que hace del uso de los servicios de salud una experiencia no tan comfortable por la falta de complementariedad con sus creencias y tradiciones.</p>
---	---	--	---	--