



PERCEPCIÓN INTERCULTURAL SOBRE EL USO DE MEDICINA TRADICIONAL Y/O CONVENCIONAL DE LAS COMUNIDADES QUISAPINCHA, PASA Y SALASACA.

INTERCULTURAL PERCEPTION ON THE USE OF TRADITIONAL AND/OR CONVENTIONAL MEDICINE BY THE QUISAPINCHA, PASA AND SALASACA COMMUNITIES.

José Herrera-López¹ <https://orcid.org/0000-0002-6061-0156>, Ayari Guadalupe Ávila Larreal² <https://orcid.org/0000-0002-4590-5941>, Ana Pachucho-Flores³ <https://orcid.org/0000-0002-2142-9549>

¹Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud. Ambato-Ecuador. Doctorante en Ciencias de la Salud, División de Estudio para graduados. Facultad de Medicina. Universidad de Zulia. Maracaibo-Venezuela.

²División de Estudios para Graduados. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.

³Docente en la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Ambato. Ambato-Ecuador.

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2021 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

Recibido: 29 de enero 2021

Aceptado: 20 de marzo 2021

RESUMEN

Introducción: La interculturalidad propicia un respeto mutuo y la aceptación de los saberes tradicionales en los programas de salud, por encima de las diferencias culturales étnicas y sociales. **Objetivo:** Establecer la percepción intercultural sobre la utilización de la medicina tradicional y/o convencional de los habitantes de las comunidades Quisapincha, Pasa, Salasaca. **Método:** Investigación con diseño mixto, la etapa cuantitativa por medio de un estudio observacional, descriptivo, corte transversal, con un muestreo no probabilístico, de tipo intencional de 127 usuarios de los centros de salud y una etapa cualitativa con un enfoque fenomenológico por medio de un muestreo por conveniencia de 28 usuarios, a través de tres grupos focales, de 6-10 participantes. **Resultados:** en los servicios de salud predominan los usuarios de la población indígena en 81,88% y la utilización de medicina tradicional en 85,82%, los factores socioculturales que limitan el uso de los servicios de salud son la cultura/creencias que limitan con 47,24%, y automedicación del paciente con medicina natural 36,22%, la medicina convencional presenta limitaciones de accesibilidad y discriminación en la atención médica, aunque deban realizar un pago los usuarios prefieren acudir a los centros de atención privada. **Conclusiones:** en la percepción intercultural de la medicina predomina la población indígena y la medicina tradicional debido a factores socioculturales que limitan el uso de los servicios de salud, es importante la implementación de políticas públicas culturales que impulsen la interculturalidad en Ecuador y sea un baluarte entre los países de Latinoamérica.

Palabras Clave: medicina Tradicional, medicina convencional, competencia cultural, personal de salud, población indígena.

ABSTRACT

Introduction: Interculturality fosters mutual respect and acceptance of traditional knowledge in health programs, over and above ethnic, cultural and social differences. **Objective:** To establish the intercultural perception of the use of traditional and/conventional medicine of the inhabitants of the Quisapincha, Pasa, Salasaca communities. **Method:** Research with mixed design, the quantitative stage through an observational, descriptive, cross-sectional study, with a non-probabilistic sampling, of an intentional type of 127 users of health centers and a qualitative stage with a phenomenological approach through a convenience sample of 28 users, through three focus groups, of 6-10 participants. **Results:** in health services the users of the indigenous population predominate in 81,88% and the use of traditional medicine in 85,82%, the sociocultural factors that limit the use of health services are culture/beliefs with 47,24%, and self-medication of the patient with natural medicine 36,22%, conventional medicine presents limitations of accessibility and discrimination in medical care, although they must make a payment, users prefer to go to private care centers. **Conclusions:** in the intercultural perception of medicine, the indigenous population and traditional medicine predominate due to sociocultural factors that limit the use of health services, it is important to implement cultural public policies that promote interculturality in Ecuador and be a bastion between Latin American countries.

Keywords: Traditional medicine, conventional medicine, cultural competence, health personnel, indigenous population.,

Autor de correspondencia: Lic. Mg. José Herrera-López, correo electrónico: jl.herrera@uta.edu.ec.

INTRODUCCION

La multiculturalidad es la existencia de varias culturas en un mismo espacio geográfico y social, a pesar de estar unidas temporal y espacialmente no existen intercambios culturales, los habitantes de algunos países presentan más de una cultura dentro en un mismo territorio y período histórico; pero sin posibilidades de interacción entre ellas (1,2); acentuado las diferencias entre los diversos grupos, hasta llegar a constituir verdaderos espacios aislados y la mayoría de la sociedad suele ser hegemónica (dominación cultural por la clase dominante) y establecer jerarquías legales y sociales que colocan a los otros grupos en inferioridad de condiciones, originando estereotipos y prejuicios que dificultan la convivencia social, siempre en detrimento de los grupos más débiles, en los casos en que exista equidad y respeto mutuo se puede pasar de la multiculturalidad al multiculturalismo (3-7).

Desde el punto de vista socio-político, la sociedad intercultural es un proyecto que partiendo del multiculturalismo ya existente en la sociedad, que se limita a la yuxtaposición de la cultura con una revalorización de las culturas etnográficas (2,8,9), las propuestas interculturales suponen, un conjunto de procesos políticos, sociales, jurídicos y educativos generados por la interacción de culturas, por medio del aumento de la capacidad de comunicación estableciendo una relación de intercambios recíprocos de grupos humanos en un mismo territorio con orígenes diferentes, implicando el reconocimiento, respeto y comprensión entre ellos (10-12), por estas razones la interculturalidad no puede reducirse a declaraciones programáticas presentes en las leyes y reglamentos de un Estado; sino que debe surgir como resultado de las experiencias vividas mutuamente, fomentando valores éticos frente a las diferencias culturales presentes en el territorio de un mismo país (10,13)

Un enfoque intercultural en los servicios de salud facilita la aceptación de los representantes de la comunidad a los proyectos sanitarios, permitiendo incluir los saberes tradicionales en los programas de salud de la población, además la prevención de enfermedades, el abordaje familiar y comunitario; mejorando la relación e interacción médico-paciente (14), es decir, crear una sociedad inclusiva, sin discriminación étnica y cultural en donde el eje principal sea acercar y fortalecer el sistema médico convencional a las creencias ancestrales en salud (15). En los países latinoamericanos como Bolivia, Ecuador, Perú, Chile y Argentina existe mayor prevalencia de etnias indígenas que utilizan una medicina natural; por medio de la interculturalidad se plantea un acercamiento e interrelación entre la medicina convencional y las creencias ancestrales de salud (14). Ecuador es un país con una gran diversidad cultural y étnica en donde mediante el Plan de Desarrollo denominado "toda una Vida", se pretende afirmar la interculturalidad y plurinacionalidad instaurando actividades de integración de la medicina ancestral y convencional desde el año 2017 hasta la actualidad (16).

El desconocimiento o subestimación de la cosmovisión indígena, de los códigos culturales, rituales, símbolos, barreras de la comunicación, percepciones sobre el cuerpo, pudor de las

mujeres indígenas y además el rol que desempeña la familia y la comunidad dentro de la población; son considerados como barreras que el personal de salud atraviesa en la formación de la medicina convencional (17). Los programas de estudio que se aplican en las carreras de salud no evidencian una integración de estos saberes, es decir, no existe una formación integrativa de la medicina ancestral, en donde la integración de estos conocimientos es lenta y el desconocimiento afecta significativamente debido a que puede ser difícil la intervención e integración del tratamiento de un paciente, por lo tanto el proceso salud-enfermedad no se puede deslindar de los aspectos socioculturales y ancestrales transmitidos de generación (18,19), debido a estas razones el objetivo de la investigación actual es establecer la percepción intercultural sobre la utilización de la medicina tradicional y/o convencional de los habitantes de las comunidades Quisapincha, Pasa, Salasaca

MÉTODOS

Investigación con diseño mixto (cuali-cuantitativo), realizada durante el periodo enero-agosto 2018, en el Cantón Ambato, Ecuador con los habitantes de las comunidades Quisapincha, Pasa, Salasaca que acuden a los centros de atención primaria más accesible a cada comunidad, la metodología se realizó en dos etapas:

a) Etapa cuantitativa: estudio observacional, descriptivo, corte transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional, conformada por 127 habitantes de las comunidades que acuden a los centros de salud de Quisapincha, Pasa, Salasaca, para tomar la información requerida en cuanto al uso de medicina tradicional y/o convencional. Se elaboró un instrumento tipo encuesta estructurada, validada por expertos, con aspectos sociodemográficos como: la etnia a la que pertenece, el tipo de medicina que utiliza de preferencia (tradicional y/o convencional), y los aspectos socioculturales que limitan el uso de los servicios de salud. Dicha encuesta se aplicó de forma anónima y posteriormente se analizó la información mediante la elaboración de tablas, con distribuciones de frecuencias absolutas y relativas utilizando el programa estadístico SPSS, versión 24.

b) Etapa cualitativa: se utilizó el enfoque fenomenológico, para abordar la dimensión humanista y comprensiva de las experiencias de vida, respecto de un suceso, desde la perspectiva de los participantes (20), para la captación de los informantes se llevó a cabo un muestreo por conveniencia de 28 usuarios, con los siguientes criterios inclusión: usuarios de los servicios de salud de las comunidades Quisapincha, Pasa, Salasaca, mayores de 18 años de edad, que deseen voluntariamente participar en la investigación y los criterios de exclusión: menores de edad y personas que decidieron no participar en el estudio, la selección no se hizo en cantidad, sino tomando en cuenta la calidad de la información que los participantes suministraron, a través de la conformación de tres grupos focales, uno por cada comunidad, de 6-10 participantes, con la realización de tres sesiones, de una duración de 30 minutos, en dos fases: la primera fase con presentación de los participantes para crear un clima de confianza, así como la

explicación del propósito del estudio y el desarrollo de las sesiones de grupos focales facilitándoles el consentimiento informado; una segunda fase de desarrollo, a través de la observación se recogieron gestos y expresiones de los participantes entrevistados registrados en el diario de campo.

Durante las sesiones con los grupos focales, se realizó un conversatorio de la percepción intercultural sobre la utilización de la medicina tradicional y/o convencional de los habitantes de las comunidades Quisapincha, Pasa, Salasaca, mediante entrevistas semiestructuradas, flexibles, con preguntas abiertas que permitieron la interiorización del entrevistado de las experiencias vividas, ofreciendo libertad a los participantes para responder y adaptándose a las respuestas, para establecer significaciones de los discursos y relatos abordando su individualidad e intimidad (21), sobre aspectos relacionados a los factores que intervienen en las comunidades para lograr recuperar la salud; así como, las preferencias que tienen, ya sea por la medicina tradicional o convencional.

Se indagó en el discurso, hasta lograr agotarlo y saturarlo en cuanto a la información recogida, es decir, la saturación se logró cuando se conoció de manera amplia las experiencias de los participantes y cuando los investigadores no encontraron más información y existió una redundancia a través de diversas formas de indagación, registrando los diálogos mediante un equipo de grabación para establecer la percepción del usuario del servicio sobre el uso de medicina tradicional y/o convencional, una forma más auténtica de la realidad vivida y posteriormente transcribirla en su totalidad, analizarla, construyendo las categorías, subcategorías y matriz de análisis, utilizando la triangulación de información para la convergencia de los datos recolectados e interpretados, garantizando la confiabilidad entre los resultados de la investigación y la comprensión de la realidad estudiada (22,23).

La codificación y categorización se realizó de acuerdo a los objetivos de investigación, utilizando una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y su análisis, comenzado con la descripción, luego la ordenación conceptual de los datos de acuerdo a propiedades y termina con la teorización como acto creativo.

El proceso de generación de categorías se realizó sobre la base de la comparación entre unidades de análisis, establecida de la siguiente forma:

1. Accesibilidad a la medicina tradicional y/o convencional
2. Preferencia a la medicina tradicional y/o convencional
3. Aspectos socio-culturales de los usuarios de los pobladores indígenas

Para la confiabilidad y validez de la información recolectada se realizaron cuatro fases simultáneas que incluyeron: a) verificación de los datos obtenidos con los informantes b) análisis de las notas de campo; c) triangulación: integrando las fuentes bibliográficas, de los estudios previos relacionados con los testimonios clasificados y las interpretaciones de los investigadores para sintetizar las ideas, ordenar metodológicamente los conceptos y construir el texto d) análisis de los dominios de manera permanente por los investigadores y verificaciones con los informantes (24,25).

En relación a los aspectos éticos: a los participantes se les informó acerca de la confidencialidad y anonimato de las entrevistas, solicitando la firma del consentimiento informado.

RESULTADOS

En las comunidades: Quisapincha, Pasa, Salasaca, se evidencia que los principales usuarios de los servicios de salud es la población indígena en un 81,88% y en el tipo de tratamiento por el cual optan estas comunidades es la medicina tradicional en un 85,82% (Tabla 1).

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS USUARIOS Y LA PREFERENCIA DE
TRATAMIENTO DE LAS COMUNIDADES:
QUISAPINCHA, PASA, SALASACA

ASPECTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Población	N°	%
Indígena	104	81,88
Mestiza	23	18,11
Total	127	100,00
Tratamiento		
Medicina tradicional	109	85,82
Medicina convencional	18	14,17
Total	127	100,00

Fuente: Encuesta estructurada de datos sociodemográficos de los usuarios de los servicios de salud.

En los factores socioculturales que limitan el uso de los servicios de salud de las comunidades: Quisapincha, Pasa, Salasaca predomina la cultura/creencias con un 47,24%, seguida de la automedicación del paciente con medicina natural 36,22%, englobando ambas causas el 83,46% (Tabla 2).

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS FACTORES SOCIOCULTURALES QUE LIMITAN EL
USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES:
QUISAPINCHA, PASA, SALASACA

Factores Socioculturales	Frecuencia	Porcentaje
	N°	%
Cultura/ creencias	60	47,24
Automedicación natural	46	36,22
Tiempo de espera	13	10,23
Recursos económicos	8	6,29
Total	127	100,00

Fuente: Encuesta estructurada de datos sociodemográficos de los usuarios de los servicios de salud

A continuación, se muestra la percepción de los usuarios de los servicios de salud en las comunidades, acerca del uso de

medicina tradicional y/o convencional a través de una matriz de análisis cualitativa desglosando categorías, sub-categorías y relaciones que surgen del discurso.

Quisapincha, Pasa, Salasaca, se evidencian tres categorías: accesibilidad a la medicina tradicional y/o convencional, preferencia a la medicina tradicional y/o convencional y aspectos socio-culturales de los usuarios

En la figura 1, en la percepción intercultural sobre el uso de medicina tradicional y/o convencional en las comunidades:

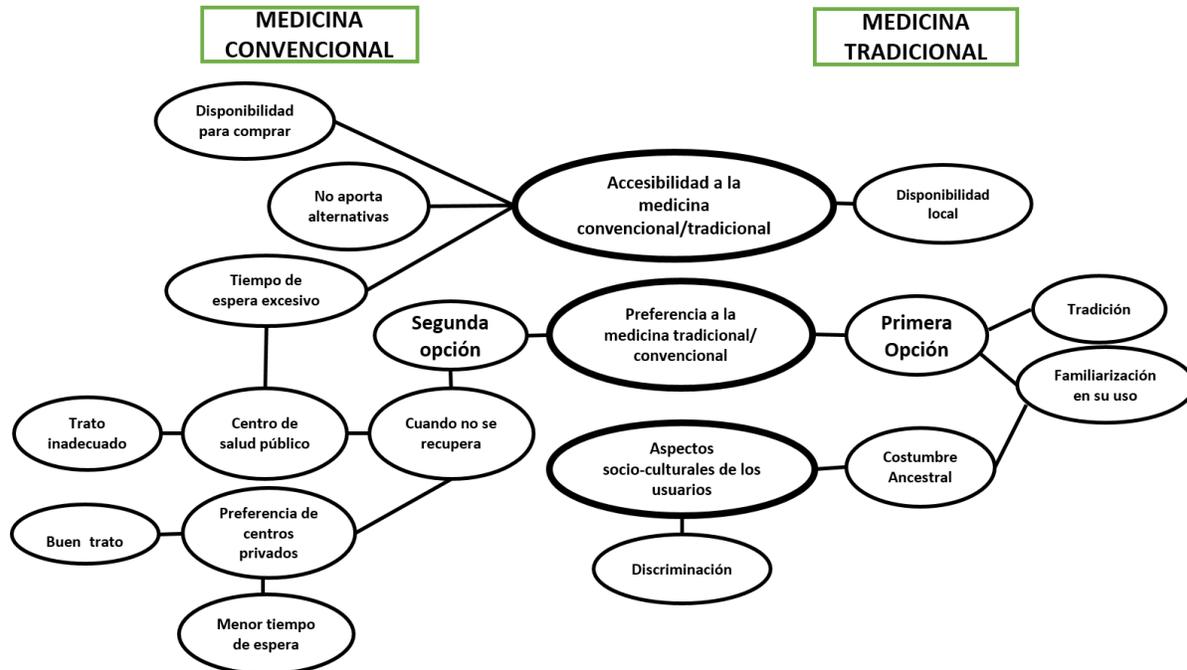


Figura 1. Percepción intercultural sobre el uso de medicina tradicional y/o convencional en las comunidades: Quisapincha, Pasa, Salasaca

Los habitantes de las zonas estudiadas utilizan ambos tipos de medicina tradicional y/o convencional, con preferencia como primera opción la tradicional por su disponibilidad, familiarización con las plantas utilizadas como tratamiento y tradición ancestral, ya que los usuarios plantean que: “tenemos las hierbas a la mano para poder curar las enfermedades, “conocemos todas las hierbas porque la usaron nuestros antepasados en el tratamiento de las enfermedades” y “las hierbas siempre la han utilizado nuestras familias”

Por otra parte, la medicina convencional presenta limitaciones de accesibilidad como los largos tiempo de espera, poca disponibilidad para comprar los medicamentos, es considerada que aporta pocas alternativas, constituye la segunda opción, en aquellos casos donde a través de la medicina tradicional no consiguen recuperar su estado de salud, existe discriminación en la atención médica con respecto a la población mestiza, ya que los usuarios plantean que: “tenemos que esperar mucho, ya que el doctor tarda mucho con cada enfermo”, “las medicinas son muy caras, mientras que las hierbas son más baratas” los doctores no utilizan nuestras hierbas”, “nosotros creemos en las hierbas, por eso preferimos no utilizar la medicación”, “en el caso de que los enfermos no mejoran con las hierbas vamos para donde los doctores”, “cada vez que vamos a los centros de salud, atienden mejor a los mestizos”

Otros usuarios plantearon: “no pagamos por ninguna de las atenciones recibidas en el centro de salud, pero, sin embargo, existen personas que prefieren acudir a centros de atención privada, por los cuidados que prestan el personal que labora ahí, por la atención, tiempo de espera disminuido, mejor trato, aunque este tenga un costo y pueda ser elevado, pero prefieren este tipo de atención antes que “perder el tiempo” en espera a un turno o la atención en el centro de salud.”

Para los habitantes de la zona estudiada, la medicina convencional presenta limitaciones de accesibilidad como los largos tiempo de espera, limitaciones económicas para adquirir el tratamiento, en algunos casos, cuando no se encuentra disponible el centro de salud y el hecho que la medicina convencional no incorpore alternativa con tratamientos naturales. Cuando se manifiesta el uso de ambos tipos de medicina, se destaca como categoría de preferencia en la medicina convencional en atención privada antes que la pública, por el buen trato, menor tiempo de espera, sin importar que tengan que pagar, prefiriendo igualmente, los centros de salud donde se aplique la interculturalidad en la atención médica (categoría socio/culturales).

Además, la opinión del Teniente Político de la Comunidad Quisapincha quien señala: “Las personas en su gran mayoría manifiestan que no presenta una cierta empatía con el personal de salud, prefieren en su gran mayoría el tratamiento con

medicina tradicional y dejan de lado el uso de medicamentos...". Pero en otra comunidad, el Teniente Político de la Comunidad Pasa, establece que: "no existe discriminación al momento que optan por la atención en los centros de salud públicos, pues se ha implementado un nuevo modelo de atención por parte del Ministerio de Salud que impide la discriminación a la que antes solían ser sometidos.

DISCUSIÓN

Con el paso de los años hasta llegar al siglo XX siguen persistiendo barreras y obstáculos para el acceso de salud y esto se profundiza si la población de la que se habla son comunidades indígenas; dicha situación que se puede visualizar en los sistemas de salud, donde aún no se reconoce ni se considera la diversidad cultural, cosmovisión y las practicas medicinales ancestrales en el proceso de atención salud-enfermedad y tampoco existe un enfoque o perspectiva intercultural para brindar dicho servicio (17). En la Organización Panamericana de la Salud se considera que: "cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes", estas creencias y prácticas no son consideradas por el personal médico.

En el Ecuador la medicina tradicional y ancestral constituye un eje cultural e importante; ya que refleja la identidad de un pueblo (26), el uso o no de los centros de atención sanitaria influye de manera directa en aspectos relacionados con accesibilidad y preferencia al tipo de medicina y eso se ve reflejado en el presente estudio, por la importancia que le dan el médico y los pobladores a la categoría sociocultural. La accesibilidad mantiene una estrecha relación con las limitaciones económicas a pesar de infundir el uso gratuito de los servicios médicos en pobladores, pero aun así no se considera como causa principal; destinándole todo el peso a la automedicación con plantas naturales que si ocupa el primer lugar del desuso en estos servicios.

En la investigación actual se evidencia que en las comunidades Quisapincha, Pasa, Salasaca los principales usuarios de los servicios de salud es la población indígena, predominado la utilización de la medicina tradicional, debido a factores socioculturales como la cultura/creencias y la automedicación del paciente con medicina natural, ya que la medicina convencional presenta limitaciones de accesibilidad como un periodo de espera prolongado, poca disponibilidad económica para comprar los medicamentos y discriminación en la atención médica con respecto a la población mestiza, prefiriendo acudir a centros de atención privada, porque es poco el tiempo de espera y un mejor trato en la relación médico-paciente similar al estudio realizado por Herrera et al., en su investigación establecen que las comunidades indígenas son ricas en cultura y tradiciones, en su mayoría eligen el tratamiento con medicina tradicional ante la medicina convencional, debido al tipo de conocimientos ancestrales de los cuales se encuentran rodeados, puesto que existe creencias y tradiciones a las cuales las personas de las comunidades se acogen antes de tratarse con fármacos y tratamientos convencionales, por ser personas indígenas en su mayoría con creencias, tradiciones, actitudes deciden por el de tratamiento tradicional (27).

Cavicchioli et al., establecen que el tratamiento de los problemas de salud es realizado con medicina tradicional por mujeres adultas y adultas mayores con más de 10 años de residencia en la comunidad, por sus conocimientos sobre la enfermedad y a la vez aplican distintas medidas terapéuticas basadas en el conocimiento popular para el proceso de curación (28). En la curación de enfermedades atribuibles a causas no físicas o sobrenaturales, los pacientes prefirieron la medicina tradicional, resaltando su pertinencia y accesibilidad, posiblemente porque dentro de las representaciones sociales de estas personas, el servicio sanitario convencional ignora ciertas enfermedades (29), y porque las mismas, se asientan en un conjunto de creencias populares, como formas de entender su origen y su curación

A diferencia del estudio de Yanchaguano et al., que evidencia que, en la mayoría de enfermedades agudas, directamente asociadas con causas de naturaleza física y consecuencias objetivables, la preferencia estuvo a favor del tratamiento convencional (30). Por ejemplo, la prefieren para la curación de cefalea, dolores dentales, pérdida de la conciencia, hernias, caídas, golpes del cuerpo, tos y tos con flema, en forma similar Espí et al., establece que el tratamiento farmacológico con analgésicos es frecuente para mitigar las cefaleas (31).

Según las investigaciones de Araujo, Grady y Gough, las razones de la preferencia por la medicina convencional en algunas comunidades están asociadas con los beneficios de los medicamentos para la salud del paciente y porque actúan directamente en la parte afectada causante del dolor, especialmente para el tratamiento de las enfermedades crónicas (32,33).

Paulo y Cruz en su estudio plantean que a finales del siglo XX, en Chile diversos caciques (líderes) junto con el apoyo de los representantes comunitarios de todas las provincias (que se convertirían en promotores de salud) dieron origen a la "Asociación Indígena para la Salud Maquehue-Pelale" bajo formas de organización enraizadas en el reconocimiento y reconstrucción del territorio originario, esta asociación gestionó ante el Ministerio de Salud (MINSAL), el establecimiento del Hospital Makewe, un modelo exitoso de participación indígena en la gestión hospitalaria (34). En México en los Planes Nacionales de Desarrollo: 2001-2006, 2007-2012, y 2013-2018, se planteó una política intercultural dirigida a "mejorar la calidad interrelacionada de los servicios con la clara promoción de adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios de atención, para favorecer la sensibilidad cultural en una sociedad con características multiculturales, el sustento de esta política de interculturalidad se encuentra en una meta incluyente con el objetivo de "asegurar el acceso a los servicios de salud" en el que se propone fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas (35).

Los pueblos y comunidades indígenas tienen una visión integral de la salud, es decir, la medicina indígena tradicional se vale de una serie de recursos para dar una atención de salud y enfermedad. Unos de los recursos más notorios y decisivos es el humano donde la parte fundamental radica en la dimensión espiritual, lamentablemente el saber científico se impone como el "único saber valido" para la atención de la salud convencional y la ausencia de interrelación de la

medicina tradicional y convencional conlleva a ser el principal obstáculo (17) y esto a su vez puede observarse en los resultados analizados, cuando las poblaciones reconocen como obstáculos: la falta de incorporación de "opciones diferentes", es decir el uso de diversas alternativas terapéuticas a los medicamentos como las plantas, lo cual resulta un componente fundamental dentro de la cultura ancestral, demostrándose una debilidad del sistema convencional de atención en salud relacionada a la falta de formación e información para el abordaje intercultural por parte del personal de la salud (35).

CONCLUSIONES

En la investigación actual se evidencia que en las comunidades Quisapincha, Pasa, Salasaca los principales usuarios de los

servicios de salud es la población indígena, predominado la utilización de la medicina tradicional, debido a factores socioculturales como la cultura/creencias y la automedicación del paciente con medicina natural, ya que la medicina convencional presenta limitaciones de accesibilidad como un periodo de espera prolongado, poca disponibilidad económica para comprar los medicamentos y discriminación en la atención médica, aunque deban realizar un pago los usuarios prefieren acudir a centros de atención privada, porque para recibir la atención médica es tiempo es menor, con trato adecuado a los pacientes, es importante la implementación de políticas públicas culturales que impulsen la interculturalidad en Ecuador y sea un baluarte entre los países de Latinoamérica, tal como Chile y México quienes han creado asociaciones indígenas para la salud, buscando hacer una fusión entre los 2 tipos de medicina

REFERENCIAS

1. Vernimmen Aguirre, G. Ecuadorian Intercultural Education: a conceptual review. *Alteridad*. 2019;14(2):162-171. Disponible en: <https://doi.org/10.17163/alt.v14n2.2019.01>
2. Quilaqueo R, Daniel y Torres C, Héctor. Multiculturalidad e interculturalidad: desafíos epistemológicos de la escolarización desarrollada en contextos indígenas. *Alpha*. 2013;37: 285-300. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012013000200020&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-2201. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22012013000200020>
3. Cruz Rodríguez, Edwin. Multiculturalismo, interculturalismo y autonomía. *Estud. soc.* 2014; 22 (43):241-269. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000100010&lng=es&nrm=iso. ISSN 0188-4557.
4. Krainer Anita, Aguirre Daniela, Guerra Martha, Meiser Anna. Educación superior intercultural y diálogo de saberes: el caso de la Amawtay Wasi en Ecuador. *Revista de la Educación Superior*. 2017;46(184): 55-76. <https://doi.org/10.1016/j.resu.2017.11.002>
5. Riva Kastoryano. Multiculturalism and interculturalism: redefining nationhood and solidarity *Comparative Migration Studies*. 2018; 6:17 <https://doi.org/10.1186/s40878-018-0082-6>
6. Betancourt Zárate Gilberto. La construcción de ciudadanía multi e intercultural en Personas con Discapacidad. Interpretación desde la sociología del sujeto, la semiosis social y el materialismo cultural. *Revista Colombiana de Sociología*. 2015;38(2):185-203. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsc/v38n2/v38n2a09.pdf>
7. Fernández Pazmiño, S. K., Vilela Pincay, W., & Durán Ocampo, A. R. Dimensión multicultural en el código de la niñez y adolescencia desde una perspectiva educativa. *Universidad y Sociedad*. 2019;11(1): 208-217. Disponible en: <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
8. López Hernández, A. M. y Cuello Daza, E. M. La educación intra e intercultural como enfoque pedagógico "propio". *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 2016; 7(2), 370-387. doi: 10.21501/22161201.1780.
9. Dietz, Gunther. Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles educativos*. 2017;39(156): 192-207. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000200192&lng=es&nrm=iso. ISSN 0185-2698
10. Higuera Aguirre, Édison Francisco; Castillo Mantuano, Néstor. La interculturalidad como desafío para la educación ecuatoriana. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*. 2015; 18:147-162. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846095009>
11. Guendel Ludwig. Política social e interculturalidad: Un aporte para el cambio. *Ajayu*. 2011;9(1):1-52. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207721612011000100001&lng=es&nrm=iso. ISSN 2077-2161.
12. Iglesias-Vidal, E., & Espona-Barcons, B. Propuestas para el desarrollo de la interculturalidad en la educación en el tiempo libre de base comunitaria en Catalunya. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 2017;30:145-157. DOI: 10.7179/PSRI_2017.30.10
13. Espinoza, Eudaldo E. Dimensión intercultural de las políticas públicas educativas en la formación pedagógica. *Universidad Técnica de Machala. Ecuador. Revista Espacios*. 2020;41(18): 26. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n18/a20v41n18p26.pdf>
14. Goicochea Ríos, Evelyn. Interculturalidad en salud. *UCV – Scientia*. 2012; 4(1):52-55. Disponible: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/321/210>
15. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias y prácticas. 2009. [consultado 16/10/18]. Disponible: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
16. Plan toda una vida: Plan nacional de desarrollo. Presidencia de la República Ecuatoriana. 2017-2018. [consultado 16/10/18]. Disponible: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

17. Stivanello María Bettina. Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. Revista de trabajo social y ciencias sociales. 2015;76:1-8. Disponible: <http://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf>.
18. Escalona Cruz Luis Jesús, Tase Aguilar Aliuska, Estrada Martínez Aliuska, Almaguer Mojena Maida Luisa. Uso tradicional de plantas medicinales por el adulto mayor en la comunidad serrana de Corralillo Arriba. Guisa, Granma. Rev Cubana Plant Med. 2015;20(4):429-439. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962015000400007&Ing=es.
19. Avila Larreal, Ayari Guadalupe; Arraiz, Nailet, dir.; Martín Mateo, Miguel. Determinantes relacionados con la tenencia de medicamentos y su uso racional (Municipio Trujillo, Estado Trujillo- Venezuela) [Tesis doctoral]. Universitat Autònoma de Barcelona, 2011;1: p220). ISBN 9788469434772. Disponible en:<https://ddd.uab.cat/record/127262>
20. Fuster Guillen, Doris Elida. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propós. represent. 2019;7(1):201-229. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010&Ing=es&nrm=iso. ISSN 2307-7999. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
21. Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. Rev. Fac. Med. 2017;65:329-32. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
22. Samaja Juan. La triangulación metodológica (Pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). Rev Cubana Salud Pública. 2018; 44(2):431-443. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200431&Ing=es.
23. Velosa-Porras J, Rodríguez-Malagon N. Utilidad de la triangulación en salud. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2020; 18(1): 108-112. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/288212358.pdf>
24. Corral Yadira. ARJÉ. Validez y fiabilidad en investigaciones cualitativas. Revista de Postgrado FaCE-UC. 2017;11(20):196-209. Disponible en: <http://arje.bc.uc.edu.ve/arj20/art19.pdf>
25. Katayama Omura Roberto Juan. Introducción a la Investigación Cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas. Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, Perú. 2014: p126. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/559/INTRODUCCI%C3%93N%20A%20LA%20INVESTIGACI%C3%93N%20CUALITATIVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Buestán Molina Marcia Elizabeth, Guamán Ortiz Nancy Catalina, Jiménez Brito Doriz Angélica. Tratamiento ancestral postparto "baño del cinco" en las comunidades de san Joaquín, el valle y cumbe, 2018:p68. Proyecto de investigación previa a la obtención del título de licenciado en enfermería, Universidad De Cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/29629>
27. Herrera JL, Ayari AL, López PM, Guerrero LJ, Eugenio FE. Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. Enferm Inv. 2018;3(4):180-185. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/383>
28. Cavicchioli, A., Fontão, M., y García, A. El cuidado del hijo dependiente de tecnología y sus relaciones con los sistemas de cuidados en salud. Latino-Am Enfermagem, 2015;23(2):291-298. Consultado en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es_0104-1169-rlae-23-02-00291.pdf
29. Lorente, D. Medicina indígena y males infantiles entre los Nahuas de Texcoco: pérdida de la guía, caída de mollera, tiricia y mal de ojo. Instituto Nacional de Antropología e Historia/Dirección de Etnología y Antropología Social, 2015; 49(2):101-148. Consultado en https://ac.els-cdn.com/S0185122515300059/1-s2.0-S0185122515300059-main.pdf?_tid=f812f286-e4df-11e7-9e42-00000aab0f6b&acdnat=1513703805_5733f595ef3a68e4e117590a43be25bc
30. Yanchaguano Taco Jessica Marisol, Judith Inmaculada Francisco Pérez, Medicina convencional frente a medicina tradicional: preferencias de uso en una comunidad rural del Ecuador, Revista Cuatrimestral "Conecta Libertad". 2019;1(1):44-54. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/82>
31. Espí, G., y Gómez, A. Eficacia del tratamiento en la cefalea tensional. Fisioterapia. 2010;32(1): 33-40. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-eficacia-del-tratamiento-cefalea-tensional-S0211563809001692>
32. Araujo, D. Interacciones fármaco-nutrimiento, una realidad en la práctica clínica hospitalaria. Revista de Especialidades Médicas-Quirúrgicas, 2015;20(2):125-134. Consultado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345917002>
33. Grady, P., y Gough, L. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. Revista Panamericana de Salud Pública, 2015; 37(3),183-94. Consultado en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category=goryslug=pdfs-march-2015&alias=872-el-automanejo-de-las-enfermedades-cronicas-un-metodo-integral-de-atencion&Itemid=847
34. Paulo Maya A, Cruz Sánchez M. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. Rev Univ Ind Santander Salud. 2018; 50(4): 366-384. doi: 10.18273/revsal.v50n4-2018010
35. Valarezo-García Carlos, Urbano Solís Cartas, Valarezo Espinosa Paul. Integración de la medicina alternativa en la malla curricular de las carreras de Medicina y Enfermería de las universidades peruanas. Educ Med. 2019; 20 (2): 118-124 disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.12.010>