

Artículo Original

El conocimiento del Kichwa, segunda lengua oficial del Ecuador ¿compromete la comunicación médico/odontólogo-paciente?

Knowledge of the Kichwa, second official language of Ecuador, compromises the dentist/medical-patient communication?

<https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.614.024>

Verónica Salame Ortiz^{1,*}

<https://orcid.org/0000-0002-7103-5804>

Fernando Armijos Briones¹

<https://orcid.org/0000-0002-5500-4768>

Fabián Armijos Coronel¹

<https://orcid.org/0000-0001-7891-7597>

Emma Arroyo Lalama¹

<https://orcid.org/0000-0002-0394-6921>

Recibido: 27/08/2021

Aceptado: 29/10/2021

RESUMEN

Con el propósito de analizar el comportamiento de las relaciones entre médico/odontólogo y paciente, mediadas por la comunicación intercultural, se realizó un estudio que contó con la participación de 200 indígenas de la etnia Kichwa Salasaka y 33 profesionales sanitarios. Mediante la aplicación de encuestas fueron explorados elementos esenciales como los idiomas que ambos grupos dominan; asistencia a consulta de los indígenas; calidad de la atención; formación bilingüe del odontólogo y percepción de la comprensión por parte de ambos grupos. Entre los resultados obtenidos se encuentra la no comprensión de los pacientes de las orientaciones que reciben en la consulta, insuficiente conocimiento la lengua Kichwa por parte del equipo de salud y en consecuencia insuficiente transferencia de la información. Identificada la problemática comunicacional médico/odontólogo - paciente, se recomienda la implementación de políticas de salud sustentadas en el enfoque intercultural.

Palabras clave: interculturalidad, comunicación intercultural, etnia, pueblos originarios, políticas de salud.

ABSTRACT

With the purpose of analyzing the behavior of the medical/dentist-patient relations, mediated by the intercultural communication, a study was carried out that counted on the participation of 200 indigenous people of the ethnic Kichwa Salasaca and 33 doctors and dentist. Through the application of surveys, essential elements were explored such as the languages that both groups dominate; assistance to indigenous consultation; Quality of care; Bilingual training of the dentist and perception of the understanding on the part of both groups. Among the results obtained is the non-comprehension of the patients of the orientations they receive in the consultation, insufficient knowledge the Kichwa language by the health team and consequently insufficient transfer of the information. Identified the communicational problems medical/entist-patient, we recommend the implementation of health policies based on the intercultural approach.

Keywords: interculturality, intercultural communication, ethnicity, native peoples, health policies.

¹Universidad Regional Autónoma Los Andes, Ambato, Ecuador.

*Autor de Correspondencia: ua.veronica.salame@uniandes.edu.ec

Introducción

Ecuador es la nación que acoge al centro del mundo, compartiendo nombre con la línea que separa los hemisferios globales, y que pasa por su capital, Quito (Capello, 2019). Esto hace de la nación ecuatoriana un país tropical por definición, donde pueden encontrarse diversos territorios geográficos como selvas amazónicas, cordilleras andinas, costas, manglares y llanuras (Cancillería del Ecuador, 2019). Tal diversidad ecológica se entrelaza además con su basta historia originaria, siendo protagonistas los pueblos indígenas que han habitado por siglos estos territorios. En la actualidad, un total de 13 etnias han sido reconocidas en la constitución ecuatoriana: achuar, andoa, awá, a'i-cofan, chachi, epera, huaorani, quichua, secoya, shuar, siona, tsa'chila, shiwiar y zápara, de las cuales 8 residen en la Amazonía, 4 en la región Costa y una en la región Sierra (PNUD, 2014). Según el informe de la PNUD sobre Desarrollo Humano, esta riqueza étnica se caracteriza por una gran diversidad lingüística, evidenciada en las 13 lenguas reconocidas oficialmente. De estos, el idioma Kichwa es el más extendido entre los pueblos indígenas de la Amazonía y Sierra, llegando a ser la segunda lengua oficial del Ecuador, después del español (Bautista Valarezo et al., 2017).

A la par de la riqueza cultural de los pueblos originarios, en estas poblaciones abundan los problemas de salud, explicados por la endemidad de enfermedades tropicales, propias de su entorno donde abundan reservorios y vectores



de múltiples agentes etiológicos (Hashiguchi et al., 2017; Hashiguchi et al., 2018; Real-Cotto et al., 2021; Sánchez-Amador, 2021; Yaguargos Torres et al., 2021); y por determinantes como la pobreza y fallas en servicios esenciales, como agua potable y saneamiento. De acuerdo a los últimos datos censales de la nación, sólo el 21% la población indígena vive en entornos urbanos, pero incluso en las ciudades, a menudo los residentes indígenas viven en áreas que son menos seguras, menos higiénicas y más propensas a desastres, en comparación con residentes no indígenas. Ejemplo de lo anterior es la brecha del 18% en el acceso a agua corriente entre la población indígena y no indígena, proporción que alcanza el 24% al comparar el acceso al servicio de alcantarillado en ambos grupos (Banco Mundial, 2015). En concordancia a estas cifras, en Ecuador una persona indígena tiene 4 veces más probabilidad de morir debido a una enfermedad transmitida por agua en comparación a un mestizo, y 12 veces más respecto a la población blanca (Banco Mundial, 2017; Zambrano & Díaz, 2017). En general, la situación de los pueblos originarios es mucho peor que la de otras personas no indígenas con características similares, como el mismo nivel de educación, edad, sitio de residencia (rural o urbana), y tipo de trabajo, lo cual indica que aún existen barreras que los afectan de manera diferenciada y excluyente (PNUD, 2020).

La confluencia de estos determinantes deriva en altas tasas de morbi-mortalidad en los pueblos indígenas, que muestran un comportamiento de mayor prevalencia de enfermedades como la tuberculosis y la malaria que en el resto de la población (Llerena, 2015; Bustamante-Chauca, 2019; Torres Jerves, 2019), como también de afecciones conmitantes en la cavidad oral, principalmente la caries y la pérdida de piezas dentales (Medina et al., 2008; Pérez et al., 2018; Mendieta, 2020; Patín Tapia, 2020), situación que tiene como agravante el limitado acceso de este grupo étnico a los servicios de salud y odontología (CEPAL, 2014). Adicionalmente, en gran parte de los servicios sanitarios se ha desconocido la cultura originaria en lo referente idioma, creencias, valores, modos y estilos de vida entre otros elementos. Y es que el sistema académico tradicional no forma en lingüística intercultural al estudiante de medicina y odontología, ni le capacita para comprender el concepto multidimensional de salud arraigado en los pueblos indígenas, que más allá de lo biológico incluye aspectos ancestrales, como lo mágico y espiritual. Por lo tanto, el profesional médico u odontólogo una vez se ve enfrentado al ejercicio de la consulta, tiene dificultades para comunicarse y comprender a los pacientes de comunidades originarias.

De acuerdo a Medina, (2011) es responsabilidad del equipo de salud el promover un accionar equilibrado que tome en cuenta creencias, conocimientos, prácticas culturales que tienen los indígenas sobre la salud, la enfermedad, la vida y la muerte que debe partir de la adecuada comunicación, sustentada por el conocimiento de la lengua indígena que le corresponde atender. Es decir, los distintos contextos de las minorías originarias y su entendimiento por parte del personal sanitario, resultan esenciales en la dinámica de los servicios de salud en contextos multiculturales, para lograr una comunicación asertiva donde queden claras para ambas partes los síntomas, la naturaleza del tratamiento, las expectativas de cuidados y la correcta adherencia a tratamientos y medicamentos. Investigadores como Lozano (2013), Almaguer et al. (2014), Patiño-Londoño et al. (2016), Santos & Verdín (2016), y Monroy (2017), coinciden en afirmar la importancia de considerar estos factores en el desarrollo de programas de salud intercultural, ya que los mismos son condicionantes del comportamiento, preferencias y expectativas de los pacientes respecto a los servicios médicos, influyendo en la relación con el profesional sanitario y en la correcta adherencia al tratamiento.

Sobre la base de este análisis, la importancia de la presente investigación radica en explorar de qué manera la barrera lingüística entre los profesionales médicos y odontólogos, en su mayoría hispanohablantes, y sus pacientes indígenas, cuya lengua materna es el Kichwa, compromete la comunicación y la calidad de la atención sanitaria en estas comunidades. Para ello, evaluamos todos los elementos involucrados en el proceso comunicativo, mediante las cuatro variables del paradigma de la comunicación aportado por Laswell, (1948) como lo son: la fuente, el canal, el receptor y el efecto.

Materiales y métodos

Con el propósito de analizar el comportamiento de las relaciones médico/odontólogo-paciente, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, para obtener resultados que condujeran al análisis del comportamiento de las relaciones médico/odontólogo-paciente, mediadas por la comunicación intercultural. Se solicitó previamente autorización y cooperación para la realización del estudio, a la alcaldía del Cantón Pelileo, en la provincia de Tungurahua.

Muestra

Para estimar el tamaño de la muestra de pacientes, a partir de una población finita, y conocida que la población total de la parroquia cuenta con 5886 habitantes, se trabajó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * a * P * q}{D^2(N - 1) + Z^2 * a * P * q} \quad (1)$$

Donde:

N = Total de la población (5886 habitantes)

- $Z_{\alpha} = 1.96$ (95% de confianza)
- p = proporción esperada (0.05)
- $q = 1 - P$
- d = precisión (5%).

A partir de esta fórmula se obtiene un mínimo de 73 pacientes para establecer resultados con 95% de confiabilidad, pero dado el elevado número de indígenas que acuden a consultas médicas y odontológicas en el Centro de Salud Tipo B Salasaka, se consideró la participación de 280 pacientes. Al establecerse como criterios de inclusión: pertenecer al grupo étnico Salasakas, hablar el idioma Kichwa, ser pacientes del Centro de Salud Tipo B Salasaka, ser mayor de 14 años, contar con historia clínica y la voluntariedad de participación en el estudio, resultó finalmente una muestra de 200 individuos.

Un total 24 médicos y 9 odontólogos adscritos al Centro de Salud Tipo B Salasaka manifestaron su acuerdo con participar en la investigación.

Diseño, estructura y validación de los instrumentos

La revisión y análisis de las historias clínicas de los pacientes participantes permitió obtener información de tipo sociodemográfica y clínica tales como nombre y apellidos, género, edad y datos acerca de las enfermedades crónicas que padecen, entre otros elementos de interés para la investigación.

Encuestas a los pacientes. Este instrumento se aplicó a los 200 pacientes participantes, explorando su percepción acerca de la calidad de la atención recibida y los problemas de comunicación que dificultan la comprensión durante la consulta y el seguimiento de las indicaciones del médico u odontólogo.

Encuestas a profesionales sanitarios. Su objetivo fue identificar las fallas en la comunicación entre el médico/odontólogo y el paciente desde su propia visión, abordando el grado de dificultad al trabajar con pacientes indígenas, en relación a su formación lingüística intercultural.

Las encuestas a los pacientes indígenas y la de profesionales sanitarios se diseñaron de modo que los participantes deben responder por escrito. La primera, en su versión original, constó de 11 ítems, los cuales fueron de alternativa múltiple y las opciones de respuesta mayormente dicotómicas, pues se evitó incluir preguntas de jerarquización o estimación, por su mayor complejidad y dificultad de comprensión. La encuesta a profesionales sanitarios, en su primera versión, contó con 5 ítems. Ambos instrumentos resultaron modificados tras su aplicación luego de que se realizara una prueba piloto con 15 voluntarios indígenas y 15 profesionales sanitarios de otro centro de salud de la ciudad de Ambato, a los cuales se les aplicó el instrumento correspondiente. De ahí resultó la fusión de preguntas en ambos cuestionarios. La versión definitiva de la encuesta a pacientes se estructuró en tres bloques, con 4 preguntas para los datos sociodemográficos (dos dicotómicas y dos de elección múltiple), 5 para estimar problemas de comunicación (cuatro dicotómicas y una de jerarquización) y 2 dicotómicas para conocer la aceptación ante posibles estrategias para afrontar la brecha lingüística. La encuesta a profesionales tuvo finalmente 2 secciones, la primera de 4 preguntas siendo dos de ellas dicotómicas y una de jerarquización, donde se evaluaron los problemas de comunicación con los pacientes, y la última de 3 preguntas con la estimación de las estrategias.

Fueron realizados los análisis de la consistencia interna a ambos instrumentos aplicados. Para ello se calcularon los valores de los coeficientes de homogeneidad Alpha de Cronbach y con correlaciones de Pearson de todos los ítems con el total. En el caso de la encuesta aplicada a los profesionales odontólogos, la consistencia interna para la escala total en este estudio ha sido de 0,76, considerado como un valor satisfactorio de fiabilidad del instrumento evaluado. Las correlaciones de los ítems con el total fueron significativas ($p < 0,01$) y sus valores fueron altos en la totalidad de los ítems.

Para la encuesta a los pacientes, la consistencia interna para la escala total fue de 0,79, valor que indica una fiabilidad aceptable. Al ser el valor $p < 0,01$, puede afirmarse que las correlaciones de los ítems con el total fueron significativas, siendo los valores altos en la mayoría de sus ítems.

Procedimientos

Con el propósito de alcanzar la máxima verosimilitud en la información obtenida, instructores-traductores Salasakas, realizaron 5 talleres en los que se explicó a los pacientes participantes, el contenido del cuestionario y la intención de la investigación. Esta, en su diseño constó de dos fases, siendo en la primera que se realizó la revisión de las historias clínicas, el ajuste de los tamaños muestrales de ambos grupos (pacientes y odontólogos) y los talleres con los pacientes.

La segunda fase enmarcó la aplicación de los 2 instrumentos utilizados, que culminó con el análisis de los resultados obtenidos. El tiempo promedio para el llenado de los cuestionarios fue de 10 ± 1.002 minutos y 13 ± 0.8102

minutos respectivamente. Para aplicar los instrumentos fueron entrenados como encuestadores 50 estudiantes de VI semestre de la carrera de odontología, que recibieron un entrenamiento previo en un curso de 20 horas, asistidos por 4 traductores indígenas bilingües.

Análisis de datos

Para las variables cualitativas del estudio se utilizó la frecuencia absoluta y el porcentaje. Se realizó la estimación puntual del porcentaje por intervalos de confianza (IC 95%) para las categorías de las variables. El cálculo de los intervalos de confianza se realizó con un nivel de confiabilidad del 95%; esto permitió ver la precisión de cada estimación del porcentaje de casos de cada categoría de las variables estudiadas. Los ítems fueron evaluados de acuerdo a su relación con las variables de la comunicación de Laswell, (1948) a fin de determinar las falencias en la dinámica comunicativa intercultural entre médico/odontólogo y sus pacientes.

Para el procesamiento de los datos obtenidos se emplearon los programas Epidat 4.1 y SPSS 15.

Resultados

De los 200 pacientes elegidos del centro de salud tipo B Salasaka, el 63% fueron atendidos por médicos (IC 95%: 56,1% - 69,9%) mientras que el 37% fueron atendidos por odontólogos (IC 95%: 30,1% - 43,9%)

Encuesta a los pacientes

Como se observa en la tabla 1, el género femenino fue mayoritario con 53,5% y 107 pacientes, mientras que el grupo etario predominante fue el de 15 a 21 años, con 32% y 64 pacientes (IC 95%: 25,3% - 38,7%) seguido del de 29 a 35 años, con un 23% y 46 pacientes (IC 95%: 16,9% - 29,1%) y del de 22 a 28 años, con un 19% y 32 pacientes. Menos del 15% (24 pacientes) tuvo una edad de 43 años en adelante (IC 95%: 7,2% - 16,8%). Todos los intervalos de confianza resultaron estrechos por lo que se puede afirmar con un 95% de confiabilidad que el intervalo calculado contiene el parámetro dentro de sus límites con adecuada precisión.

Tabla 1. Características principales de los pacientes

Características	N=200 Nro.	%	IC 95%		Idioma ^E			Estadígrafo		
			Límite inferior	Límite superior	Sólo Kichwa (n=53)	Kichwa y español (n=130)	Kichwa, español y otros (n=17)	X2	Valor p	
Grupo etario ^F	15 - 21 años	64	32	25,3	38,7	8	55	1	34,97	<0,001
	22 - 28 años	38	19	13,3	24,7	9	27	2		
	29 - 35 años	46	23	16,9	29,1	12	29	5		
	36 - 42 años	28	14	8,9	19,1	11	11	6		
	43 años y más	24	12	7,2	16,8	13	8	3		
Género ^F	Masculino	93	46,5	41,5	49,5	22	63	8	0,734	0,693
	Femenino	107	53,5	50,3	56,7	31	67	9		
Tipo de consulta	Médica	126	63	56,1	69,9	28	85	13	3,99	0,136
	Odontológica	74	37	30,1	43,9	25	45	4		

Variable de la comunicación considerada: (F) Fuente, (C) Canal, (R) Receptor, (E) Efecto.

En relación con el idioma que dominan, el 100% de los indígenas participantes hablan Kichwa. El mayor porcentaje correspondió a los que hablaban Kichwa y español (65,0%, con 130 pacientes) mientras que para los que dijeron hablar únicamente Kichwa hubo un 26,5% (con 53 pacientes). Menos del 9% manifestó dominar Kichwa, español y otros idiomas a la vez.

Se halló una significancia estadística entre el idioma dominado y el grupo etario de los participantes (Tabla 1) con un valor $p < 0,001$. En la figura 1 se aprecia la relación inversa entre la edad y la proporción de indígenas salasaka que hablan el español además de su idioma originario (Figura 1, barras azules). Desde otra perspectiva, el porcentaje de adolescentes que sólo se comunican mediante el Kichwa es de 12,5%, proporción que asciende paulatinamente a través de los rangos de edad, llegando a ser mayoritario en las personas mayores de 43 años, con 54,2% (Figura 1, barras rojas). Estos valores indican una dinámica generacional de apertura cultural al entorno hispanohablante, donde los indígenas jóvenes se ven impulsados cada vez más a adoptar el idioma español, e inclusive otros lenguajes como el inglés al llegar a una edad laboral (Figura 1, barras amarillas).

Estas brechas en el repertorio lingüístico de la comunidad salasaka se hacen extensivas al considerar la comunicación en entornos comúnmente hispanohablantes, como los centros asistenciales. La Tabla 2 muestra la percepción de los pacientes sobre la existencia de problemas de comunicación entre ellos y los profesionales de la salud debido al idioma. En la totalidad de 5 ítems evaluados se encontró significancia estadística entre el lenguaje dominado por los pacientes y falencias en las variables comunicativas, siendo más frecuentes en los casos de consulta con pacientes Kichwa-exclusivos. Dentro de este grupo de 53 salasakas, 41 (77,3%; $p < 0,001$) creen que el profesional

sanitario no le entiende por su idioma, 43 (81,1%; $p < 0,001$) consideran que no logró transmitir la totalidad de sus condiciones, síntomas y preguntas al médico/odontólogo, 39 (73,5%; $p < 0,001$) tuvo problemas para comprender a su médico u odontólogo durante la consulta, y 35 (66%; $p = 0,081$) manifestó problemas para seguir las indicaciones orientadas por el profesional sanitario. Al preguntar a este grupo como calificaba la comunicación con el médico/odontólogo durante la consulta, 23 (43%) consideró que fue mala, 19 (35,8%) regular y sólo 11 (20,7%) buena ($p < 0,001$).

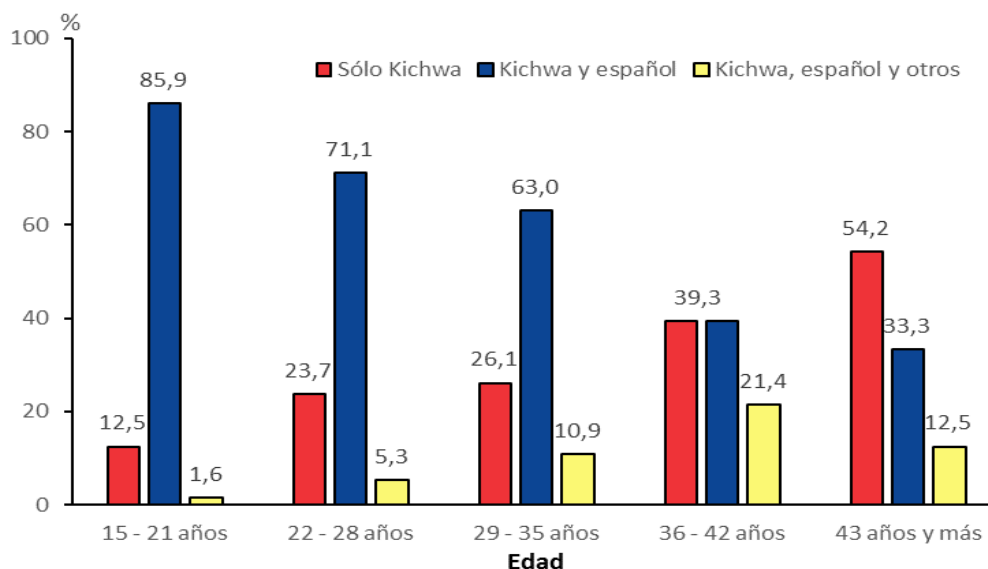


Figura 1. Proportión de idioma(s) dominados por los pacientes según su grupo etario

No obstante, al considerar el grupo total, la mayoría (51%, 102 pacientes) consideró que la comunicación con su médico/odontólogo fue buena (IC 95%: 43,8% - 58,2%), mientras que un 31% (62 pacientes) dijo que era regular (IC 95%: 24,3% - 37,7%) y solo un 18% (36 pacientes) planteó que fue mala (IC 95%: 12,4% - 23,6%). De manera similar, una fracción mayoritaria refirió que no tuvo problemas para comprender al médico u odontólogo durante la consulta (53,0%, 106 pacientes) y opinó que el profesional entiende cualquier idioma que se le hable (56%, 112 personas). Los intervalos de confianza para todas las categorías de las variables estudiadas fueron estrechos lo cual significa que las estimaciones realizadas fueron precisas.

Tabla 2. Percepción de los pacientes sobre la comunicación con los profesionales sanitarios

Problemas de comunicación		Nro. (N=200)	%	IC 95%		Idioma ^c			Estadígrafo	
				Límite inferior	Límite superior	Sólo Kichwa (n=53)	Kichwa y español (n=130)	Kichwa, español y otros (n=17)	X2	Valor p
Cree que el profesional sanitario le entiende por su idioma ^{c,R}	Sí	112	56	48,9	63,1	12	87	13	33,122	<0,001
	No	88	44	36,9	51,1	41	43	4		
Considera que logró transmitir la totalidad de sus condiciones, síntomas y preguntas al médico/odontólogo ^{c,R}	Sí	104	52	44,8	59,2	10	81	13	34,122	<0,001
	No	96	48	40,8	55,2	43	49	4		
Tiene problemas para comprender al médico/odontólogo durante la consulta ^c	Sí	94	47	39,8	54,2	39	54	1	28,132	<0,001
	No	106	53	45,8	60,2	14	76	16		
Tiene problemas para seguir las indicaciones orientadas por el médico/odontólogo ^e	Sí	107	53,5	46,3	60,7	35	65	7	5,027	0,081
	No	93	46,5	39,3	53,7	18	65	10		
Como califica la comunicación con el médico/odontólogo durante la consulta ^{f,E}	Buena	102	51	43,8	58,2	11	82	9	40,449	<0,001
	Regular	62	31	24,3	37,7	19	38	5		
	Mala	36	18	12,4	23,6	23	10	3		

Variable de la comunicación considerada: (F) Fuente, (C) Canal, (R) Receptor, (E) Efecto.

Adicionalmente, una gran proporción de pacientes (89,5%, 179 personas) consideró que se debe implementar un manual básico Kichwa-español para la consulta, pues elevaría la calidad de los servicios (IC 95%: 85,0% - 94,0%), mientras que el 62% de los pacientes afirmó que el profesional de la salud sí puede brindar buena atención, aunque no domine el idioma Kichwa (IC 95%: 55,0% - 69,0%).

Encuestas a médicos y odontólogos

Se encuestaron a 33 profesionales. Al indagar acerca de si los pacientes salasaka comprenden sus indicaciones por completo el 72,7% (24 profesionales) respondió de manera negativa (IC 95%: 56,0% - 89,4%). El nivel de dificultad al trabajar los profesionales con comunidades que hablan Kichwa que predominó fue el medio, con 48,0% (IC 95%: 30,0% - 67,0%) muy seguido del bajo, con 45,4% (IC 95%: 27,0% - 64,0%). Para todas las variables analizadas, como pudo apreciarse anteriormente, se obtuvo un IC 95% amplio lo indica poca precisión al realizar las estimaciones.

Tabla 3. Percepción de los profesionales sanitarios sobre la comunicación con los pacientes salasakas

Problemas de comunicación		Nro. (N=33)	%	IC 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Ud. tiene formación bilingüe intercultural (habla Kichwa y español) ^{R, C}	Sí	15	45,4	33,4	57,4
	No	18	54,5	46,5	62,5
Comprende en su totalidad los síntomas, condiciones e inquietudes manifestados por los pacientes Kichwa-hablantes ^{F, C}	Sí	20	60,6		
	No	13	39,4		
Considera que los pacientes Salasakas comprenden sus indicaciones por completo ^E	Sí	9	27,3	10,6	44
	No	24	72,7	56	89,4
Nivel de dificultad al trabajar con comunidades que hablan Kichwa ^{F, C, R, E}	Bajo	15	45,4	27	64
	Medio	16	48,5	30	67
	Alto	2	6,1	0,7	20,2

Variable de la comunicación consideradas: (F) Fuente, (C) Canal, (R) Receptor, (E) Efecto.

La forma en la que dan las indicaciones a sus pacientes salasaka (Figura 2) que predominó fue la verbal, con un 45,5% (IC 95%: 27,0% - 64,0%), seguida de pedir ayuda a terceras personas, con 15,1% (IC 95%: 5,1% - 31,9%) y de la verbal, mímicamente y pide ayuda a terceras personas, con un 12,1% (IC 95%: 3,4% - 28,2%). Al estar los intervalos de confianza amplios puede afirmarse que las estimaciones no fueron precisas.

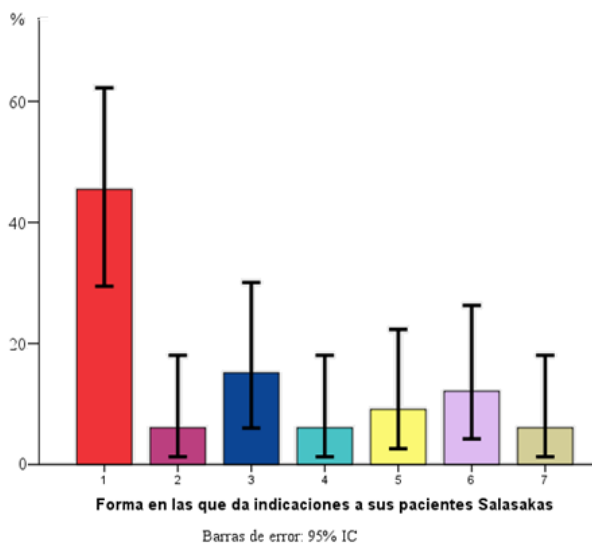


Figura 2. Formas en las que los profesionales dan las indicaciones a sus pacientes salasakas

Al indagar si conoce la existencia de un manual básico Kichwa-español para la atención de salud el 100% de los profesionales encuestados refirieron que no y que sí estarían dispuestos a utilizarlo. Más del 90,0% de ellos dijo estar dispuesto a recomendar dicho manual a otros profesionales de la salud en caso de que existiera.

Discusión

Fuente

El primer elemento del paradigma de la comunicación, la fuente, lo compone la comunidad indígena salasaka. De acuerdo a Masaquiza, (2013) esta comunidad es una de las más tradicionalistas de la sierra ecuatoriana, lo cual ha

influido en la permanencia de su identidad ancestral y su lengua kichwa, pero también en el distanciamiento con la sociedad no indígena. Según relatos de “yachaks” (o sabios salasaka) aportados por Corr & Vieira, (2014) en el pasado no era permitido que personas ajenas cruzaran libremente su asentamiento. Esta barrera endogámica podría significar, por tanto, un desafío para los médicos y odontólogos foráneos que atienden a los miembros de la comunidad. Por otra parte, el pueblo salasaka mantiene como tradición sus rituales de sanación y oración en sitios sagrados (Masaquiza Chicaiza, 2017) que, de acuerdo a su creencia, son vitales en la curación de sus enfermos (Sánchez Paredes, 2018), significando un choque para algunos miembros de la comunidad con los métodos, fármacos y tratamientos de la ciencia médica contemporánea.

En conjunto, estas características sociales, lingüísticas y religiosas del pueblo salasaka ayudan a comprender por qué más de la mitad de médicos y odontólogos que participaron en esta investigación consideran que el nivel de dificultad al trabajar con esta comunidad fue medio (48,5%; 16 profesionales) o alto (6,1%; 2 profesionales). Este hallazgo se asemeja a las conclusiones del estudio realizado por Patiño-Londoño et al., (2016) quienes identificaron tres barreras culturales en la atención sanitaria a comunidades indígenas Wayuu en Colombia: el idioma; la cosmovisión wayuu sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad; y la no adaptación a los modelos tradicionales de salud sexual y reproductiva.

Otros aspectos evaluados del pueblo salasaka, como su caracterización etaria y de género, indican que el nivel de comunicación con el médico/odontólogo no varió de acuerdo al sexo de los pacientes, pero sí se relacionó con su edad ($p < 0,001$), pues se evidenció que los jóvenes tienen más dominio del español como idioma complementario que las generaciones adultas. La inclusión de métodos bilingües al sistema de educación de niños y adolescentes indígenas reportados por Masaquiza Masaquiza et al., (2013), Masaquiza Masaquiza, (2016) & Pastrano Quintana et al., 2019, el crecimiento en la oferta y el acceso a tecnologías de información y comunicación en español descrito por Masaquiza Masaquiza, (2018) & Ruiz et al., (2018), y el acercamiento al mercado laboral, podrían ser clave en esta dinámica generacional de apertura al entorno hispanohablante, donde los indígenas jóvenes se ven impulsados cada vez más a adoptar el idioma español. Esta tendencia, a su vez, ayudará a mejorar gradualmente la calidad de la comunicación de la comunidad salasaka con los profesionales del sistema sanitario.

Canal

El canal, segundo elemento del paradigma de la comunicación, puede entenderse como la manera en que se comunican la fuente y el receptor. Por tanto, en la actual investigación se tomaron en cuenta las lenguas español y kichwa, pues ambas contribuyeron al proceso de comunicación entre profesional y paciente. El Kichwa es la segunda lengua oficial en Ecuador, luego del español. De acuerdo a datos estadales, al menos medio millón de personas son kichwahablantes en el país, en su gran mayoría indígenas (INEC, 2006). Los orígenes de esta lengua han asociado a los pueblos ancestrales incas del actual Perú, nación donde cerca de 4 millones de personas reportan hablarlo, según los datos compilados en los censos nacionales del 2017 (Ministerio de Cultura del Perú, 2020).

En nuestra investigación, todos los indígenas participantes hablan la lengua kichwa. Dentro de este grupo de 200 pacientes, el 26,5% no domina ninguna otra lengua. Tomando en cuenta que el 54,5% de los profesionales no habla kichwa, durante algunas consultas se configura una brecha lingüística, donde el médico/odontólogo hispanohablante y el paciente kichwahablante no cuentan con un canal adecuado de comunicación. En esta dinámica, se entiende que el 44% de los pacientes indiquen que su médico u odontólogo no entienden su idioma, y que el 48% considere que no logró transmitir la totalidad de sus condiciones, síntomas y preguntas a su médico/odontólogo. Estos datos son congruentes con el 39,4% de profesionales que, efectivamente, no lograron comprender en su totalidad los síntomas, condiciones e inquietudes manifestados por los pacientes Kichwa-hablantes.

Al respecto, Falcón Pichisaca, (2021) resalta que los errores en cuanto al diagnóstico y tratamiento que se va a dar al paciente son comunes en condiciones de una mala comunicación, problema que es latente en casi todas las unidades del Ministerio de Salud Pública y dentro de los Consultorios Privados de Ecuador. Gregg & Saha, (2007) destacan que la diferencia idiomática entre médico y paciente afectan los resultados clínicos derivados de la consulta, en detrimento de su salud y correcto tratamiento. En cuanto a la atención de la salud oral, Falcón Pichisaca, (2021) también manifestó que la barrera lingüística entre el odontólogo y el paciente kichwahablante puede complicar un cuadro prevenible por la dinámica de afecciones como caries, enfermedades periodontales y pérdida de piezas dentales, que pueden llegar a afectar funciones básicas de condición biológica, psicosocial y afectiva, provocando alteraciones en la función masticatoria, deglución, en detrimento de la calidad de vida y autoestima del paciente.

Para complementar las deficiencias en el canal comunicativo intercultural, algunos médicos y odontólogos del centro de salud tipo b Salasaka optaron por pedir ayuda a terceras personas (15,1%) e incluso comunicarse mediante señas (12,1%). El 90% de profesionales encuestados en esta investigación manifestó la voluntad de adoptar estrategias adicionales como el uso de un manual Kichwa-español, que a pesar de estar disponible desde el año 2009 (Ministerio de Educación de Ecuador, 2009), era desconocido por la totalidad de participantes. Sin embargo, autores como Gregg & Saha, (2007) argumentan que en el ámbito de la atención sanitaria las barreras del idioma no deben considerarse únicamente como un problema de traducción o de sustitución de palabras, sino que deben ser tomadas en cuenta la forma en que se expresan, los gestos, además del contexto social, cultural e histórico que dan a las palabras y frases su

significado completo en un entorno o situación determinada. Ante este paradigma, Flores, (2005) & Patiño-Londoño *et al.*, (2016) destacan el papel que desempeñan los guías bilingües interculturales dentro de los procesos de atención sanitaria, pues más allá de traducir palabras entre dos lenguas, tienen la capacidad de observar lo que es inobservable para quienes son de otra cultura, en beneficio de la calidad y resultados de la atención.

Receptor

Menos de la mitad de los médicos y odontólogos que participaron en esta investigación manifestaron tener formación bilingüe intercultural, es decir tener dominio de la lengua kichwa (45,4%; 15 profesionales), lo que se constituye como falencia importante al atender comunidades kichwahablantes, evidenciada en el 39,4% de profesionales que manifestaron no entender en su totalidad los síntomas, condiciones e inquietudes manifestados por los pacientes salasaka; y en la proporción mayoritaria que determinó como medio (48,5%) o alto (6,1%) el nivel de dificultad al trabajar con esta comunidad.

Estos resultados concuerdan con las conclusiones de Morán Coello, (2020) quien indica que la falta de un abordaje cultural en algunos de los profesionales sanitarios se manifiesta en barreras discriminatorias que llegan a afectar la salud y bienestar del paciente. No obstante, es necesario acotar que la falencia intercultural del médico y odontólogo ha sido determinada en gran parte por su proceso académico, donde no se incluye este tipo de formación, lo cual muestra la necesidad de incluir competencias interculturales en los programas formales de educación sanitaria en Ecuador, como las descritas por Butler *et al.* (2016). De acuerdo a este autor, los programas educativos y las capacitaciones para mejorar el comportamiento de competencia cultural de los estudiantes y proveedores profesionales lograrían reducir las disparidades en salud en las comunidades originarias.

Efecto

Se aprecia el carácter bilingüe de la comunicación entre los participantes indígenas menores de 35 años, por su conocimiento de español y lenguaje kichwa, siendo este resultado un elemento esperado atendiendo a que los jóvenes se encuentran naturalmente insertados en la sociedad no indígena, a partir de las escuelas, institutos y centros de educación superior, o laboran fuera del entorno de la comunidad Salasaka. Sin embargo, se obtienen resultados contradictorios en relación a las dificultades reportadas en términos de no poder seguir adecuadamente las orientaciones recibidas en consulta. Este hecho se evidenció doblemente, según la visión explorada de pacientes (47%) y profesionales sanitarios (72,7%), aspecto que indica que en ocasiones los facultativos no se comunicaron a un nivel suficientemente entendible para los pacientes, posiblemente por un uso excesivo de terminología médica. La otra arista probable radica en que el 53% de los pacientes, reportan no tener problemas para comprender al profesional durante la consulta, en tanto el 47 % si tiene estas dificultades en la comprensión. Este comportamiento al parecer anómalo, puede comprenderse a partir del enfoque expresado por Plaja *et al.*, (1968) donde se resalta la importancia de formar relaciones respetuosas entre pacientes y doctores, donde toda la información necesaria sea comunicada de ambos lados; en algunos casos, el paciente por timidez o por creer que entiende, no pregunta sus dudas o no solicita se le expliquen nuevamente las orientaciones. Cahn, (2012) por otra parte complementa esta visión al considerar que la interacción entre pacientes y personal médico es muy individual. Medina, (2011), califica a la comunicación personal como dependiente de la situación y personalidad del facultativo y su paciente y explica que la diferencia en clase socioeconómica, cultura, e idioma pueden ser una barrera comunicacional.

Los resultados obtenidos en la valoración de los pacientes de la calidad de la comunicación con los profesionales sanitarios (Mala=36, Regular=62, Buena=102), hallan explicación en los criterios de Morales & Andi, (2014); Parra, (2014) & Godoy, (2016), quienes sustentan que las diferencias culturales entre los médicos y pacientes puedan resultar en insuficiente transferencia de información, y si además tienen creencias distintas de la medicina, pueda existir antagonismo implícito. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) en su publicación Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, explica 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”. Según este concepto, las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud-enfermedad, y de la prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de esas comunidades, la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen. Por lo tanto, la no comprensión de estas diferencias culturales puede ocasionar serias dificultades en la comunicación con los pacientes de comunidades indígenas, y en consecuencia, en los resultados del proceso sanitario, de acuerdo a la apreciación de Piñeiro Aguiar, (2015).

Ante la insuficiente comprensión lingüística a las indicaciones de los médicos y odontólogos (53,5%; 107 pacientes) encontrada en esta investigación, se propone la implementación de un programa de salud intercultural que sea extensivo a otras comunidades originarias del Ecuador, como lo describe Mignone *et al.*, (2007) que más allá de adaptar el sistema occidental de salud, se reinvente desde sus bases, e incluya la revalorización de las lenguas indígenas, la continuidad cultural y el orgullo como pueblo. Según la autora, la implementación de programas de esta índole en países como Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, y Surinam no solo parecieron tener un impacto positivo en la

atención de la salud, sino también en el desarrollo de la participación y organización de la comunidad, lo que tuvo un impacto en determinantes de salud más amplios, como la nutrición y el empleo.

Comunicación intercultural

La existencia de la diversidad lleva a buscar estrategias para aprender a vivir con el otro, donde las estructuras estatales, las relaciones sociales beneficien a todos los grupos, culturas y nacionalidades que habitan en el país. La interculturalidad implica el reconocimiento de las diferencias, pero sobre todo de las desigualdades en los distintos órdenes de la vida social y no significa, como en el pasado, exclusivamente las posibilidades de integración bajo parámetros de inequidad. En un mundo lleno de conflictos, donde hace falta mayor capacidad de escucha, es menester iniciar la práctica de un diálogo intercultural, donde el respeto y la tolerancia sea el eje transversal del diálogo a fin de poder comunicarnos, sin prejuicios ni arrogancias, entre la diversidad de culturas.

Cabe mencionar que cultura y la comunicación siempre van de la mano, siendo una premisa importante para mirar la necesidad de aplicar la comunicación intercultural. La comunicación en interacción con la cultura, permite conocer a profundidad a cada cultura, lo cual ayuda a eliminar los estereotipos que cada uno se crea sobre la otra. Comunicar mediante las prácticas culturales permite abrirse a los demás, dar a conocer a profundidad el cúmulo de conocimientos y prácticas que cada cultura posee.

Lejos se está todavía de acercarse a una confluencia de los denominados saberes interculturales, donde ocurra un proceso activo de la comunicación intercultural con el ejercicio y el intercambio de información, la horizontalidad, la escucha, el respeto y el enriquecimiento mutuo en los procesos de interrelación de los servicios de salud, sea el elemento articulador para el empoderamiento de los usuarios y en esa medida, ese sea el elemento de la promoción sinérgica de los servicios interculturales en Salud.

La importancia de contar con personal de salud que hable la lengua de los beneficiarios radica en la reivindicación de las costumbres y tradiciones indígenas. La capacitación del personal de salud, así como su formación inicial debe dotarse de programas y cursos centrados en promover la sensibilización médica en el tema de la interculturalidad.

Debe trabajarse en aras de implementar servicios de salud, capaces de evitar, detectar y eliminar las barreras culturales presentes en el sistema, en los espacios y las perspectivas de los prestadores, fomentando actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional.

El presente estudio ha posibilitado, además, reflexionar acerca de las consecuencias positivas, a raíz de la formación intercultural de los proveedores de salud, principalmente en relación con la satisfacción de los pacientes, el acceso a la atención sanitaria y su confianza en el sistema; no obstante, se ha señalado también la existencia de una gran heterogeneidad en estudios respecto al diseño y la metodología. Se ha llegado a un punto que parece ser el status de inicio para la integración de la interculturalidad en el currículo médico, en congruencia con su grado de ajuste al modelo comunicativo de atención centrada en el paciente.

La comunicación intercultural, entonces, debe ser vista como parte intrínseca de la atención de salud, facilitando la interacción entre individuos y grupos con independencia de sus diferencias culturales, percepciones y formas de conducta, de tal forma que esas variaciones no afecten significativamente la forma y el resultado de sus encuentros, sino que se traduzca en una fuente de respeto a la diversidad, enriquecimiento mutuo y salud comunitaria.

Conflicto de intereses

No reportamos ningún tipo de conflicto.

Agradecimientos

Agradecemos a los voluntarios que aportaron su tiempo y esfuerzo en el desarrollo esta investigación, a los miembros y líderes de la comunidad indígena salasaka, a los funcionarios y al personal médico y odontológico del Centro de Salud Tipo B Salasaka, a la alcaldía del Cantón Pelileo, y la Universidad Regional Autónoma los Andes.

Referencias

Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., & García Ramírez, H. J. (2014). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México, Programa Editorial del Gobierno de la República, 3 edición, pp. 277-277.

- Banco Mundial. (2015). *Latinomérica Indígena en el Siglo XXI*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Disponible en: [https://documents1.worldbank.org/curated/en/541651467999959129/pdf/Latinoam%
c3%a9rica-ind%
c3%adgena-en-el-siglo-XXI-primer-a-d%
c3%a9cada.pdf](https://documents1.worldbank.org/curated/en/541651467999959129/pdf/Latinoam%c3%a9rica-ind%c3%adgena-en-el-siglo-XXI-primer-a-d%c3%a9cada.pdf) (Acceso agosto 2020).
- Banco Mundial. (2017). *Pipe (d) Dreams: Water Supply, Sanitation, and Hygiene Progress and Remaining Challenges in Ecuador*. World Bank. <https://www.nature.com/articles/s41545-020-0070-x> (Acceso agosto 2020).
- Bautista Valarezo, E., Vangehuchten, L., & Duque, V. (2017). La atención sanitaria intercultural en Ecuador: un proyecto de investigación para las carreras de medicina y enfermería. *Medisan*, 21(10), 3111-3122. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n10/san172110.pdf> (Acceso agosto 2020).
- Bustamante-Chauca, T. P. (2019). Caracterización epidemiológica de la transmisión de la malaria en comunidades indígenas del departamento de Amazonas. 2009–2019. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 12(4), 325-331. Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/567> (Acceso septiembre 2020).
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., Rosser, S., Larson, S., Allen, M., Fu, S., & Kane, R. L. (2016). Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities. Agency for Healthcare Research and Quality (US). *Comparative Effectiveness Review*, 170. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361126/> (Acceso septiembre 2020).
- Cahn, J. (2012). *Comunicación entre Personal Médico y Pacientes Indígenas un Estudio de la Medicina Intercultural en Huancarani, Cusco, Peru*. Independent Study Project (ISP) Collection paper 1421. Disponible en: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1421 (Acceso septiembre 2020).
- Cancillería del Ecuador. (2019). Ecuador: cuatro regiones, dos hemisferios, un solo país. Disponible en: <https://www.cancilleria.gob.ec/argentina/2020/03/05/ecuador-cuatro-regiones-dos-hemisferios-un-solo-pais/> (Acceso agosto 2020).
- Capello, E. (2019). Hitos sobre hitos. Línea ecuatorial, monumentos geodésicos y el Museo Inti-Ñan. *Apuntes*, 46(85), 115-144. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0252-18652019000200005&script=sci_arttext&tlnq=pt (Acceso agosto 2020).
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37050-pueblos-indigenas-america-latina-avances-ultimo-decenio-retos-pendientes-la> (Acceso agosto 2020).
- Corr, R., & Vieira Powers, K. (2014). ¿Trasplantes incaicos o etnogénesis poscolonial? El origen de los salasacas de la Sierra ecuatoriana. *Procesos. Revista Ecuatoriana de Historia*, 37-62. <https://doi.org/10.29078/rp.v1i40.525>
- Falcón Pichisaca, J. B. (2021). *Manual básico bilingüe para la promoción de la salud oral en kichwa hablantes* (Bachelor's thesis, Riobamba, Universidad Nacional de Chimborazo). Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8138> (Acceso mayo 2021).
- Flores G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical care research and review*, 62(3), 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Godoy, W. (2016). *Influencia de la falta de uso del idioma quichua a partir del análisis de la educación intercultural bilingüe en el colegio fiscal Joaquín Gallegos Lara en la ciudad de Guayaquil*. Universidad de Guayaquil. Disponible en: <http://www.repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/15329> (Acceso septiembre 2020).
- Gregg, J., & Saha, S. (2007). Communicative competence: A framework for understanding language barriers in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 368-370. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-007-0364-4> (Acceso septiembre 2020).
- Hashiguchi, Y., Gomez L, E. A., Cáceres, A. G., Velez, L. N., Villegas, N. V., Hashiguchi, K., Mimori, T., Uezato, H., & Kato, H. (2018). Andean cutaneous leishmaniasis (Andean-CL, uta) in Peru and Ecuador: the vector *Lutzomyia* sand flies and reservoir mammals. *Acta tropica*, 178, 264–275. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2017.12.008>
- Hashiguchi, Y., Velez, L. N., Villegas, N. V., Mimori, T., Gomez, E., & Kato, H. (2017). Leishmaniasis in Ecuador: Comprehensive review and current status. *Acta tropica*, 166, 299–315. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2016.11.039>

- INEC, Instituto Nacional de Estadística del Ecuador. (2006). La población indígena del Ecuador. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Poblacion_Indigena_del_Ecuador.pdf (Acceso septiembre 2020).
- Laswell, H. D. (1948). The structure and function of communication in society. The communication of ideas.
- Llerena, F.H. (2015). Prevalencia percibida de tuberculosis pulmonar en comunidades de la frontera Sur Oriental del Ecuador (Tesis de maestría, Quito: UCE). Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2007/00000011/00000005/art00014> (Acceso septiembre 2020).
- Lozano, M. (2013). La comunicación intercultural, según las prácticas de las comunicadoras de la nacionalidad Kichwa. (Tesis para optar al título de maestría en comunicación). Facultad latinoamericana de ciencias sociales, Sede Ecuador. Disponible en: <http://8.242.217.84:8080/jspui/bitstream/123456789/3647/2/TFLACSO-2013MJLG.pdf> (Acceso agosto 2020).
- Masaquiza Chicaiza, T. L. (2017). Los sitios sagrados del pueblo Salasaka en la oferta turística del cantón Pelileo provincia Tungurahua (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Carrera de Turismo y Hotelería). Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/25842> (Acceso septiembre 2020).
- Masaquiza Masaquiza, Á. R., Masabanda Tipantuña, L. M., Oña Chanaluisa, B. R., & Unaicho Choloquina, J. J. (2013). Fortalecimiento de la identidad cultural en los Centros Educativos: "Inti Ñan, República del Ecuador, Manzana Pamba y Katitawa del pueblo Salasaka" del cantón Pelileo, provincia de Tungurahua (Bachelor's thesis, Universidad Politécnica Salesiana-UPS). Disponible en: <http://8.242.217.84:8080/xmlui/handle/123456789/4217> (Acceso septiembre 2020).
- Masaquiza Masaquiza, J. B. (2018). Redes sociales en el pueblo Kichwa Salasaka: estudio comparativo entre nativo y Millennial gigital (Master's thesis, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Posgrado, Maestría en Periodismo Digital). Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/28411>
- Masaquiza Masaquiza, M. B. (2016). Análisis de las relaciones interculturales en el desempeño docente para la enseñanza del área de ciencias naturales en el cuarto año de educación básica, en la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe Manzanapamba, del pueblo Salasaka (Master's thesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador-UASB). Disponible en: <http://8.242.217.84:8080/xmlui/handle/123456789/2259>
- Masaquiza, J. B. (2013). Las manifestaciones Culturales y la identidad del pueblo Salasaka (Bachelor's thesis). Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/6252> (Acceso septiembre 2020).
- Medina, L. (2011). Dificultad comunicacional entre los profesionales de odontología y los pacientes indígenas. Ciencia Odontológica, 8(2), 132-140. <https://www.redalyc.org/pdf/2052/205222088006.pdf> (Acceso agosto 2020).
- Medina, L. (2011). Dificultad comunicacional entre los profesionales de odontología y los pacientes indígenas. Ciencia Odontológica, 8(2), 132-140. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2052/205222088006.pdf> (Acceso septiembre 2020).
- Medina, W., Hurtig, A. K., San Sebastián, M., Quizhpe, E., & Romero, C. (2008). Dental caries in 6-12-year-old indigenous and non-indigenous schoolchildren in the Amazon basin of Ecuador. Brazilian dental journal, 19, 83-86. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bdj/a/MLZjgvWPZdGFrBfTjgrPmkJ/?lang=en> (Acceso septiembre 2020).
- Mendieta, F. A. (2020). Variables sociodemográficas de salud bucal y su relación con la caries en una población infantil de origen Kichwa, en la provincia de Napo, región amazónica del Ecuador, 2020 (Bachelor's thesis, Quito). Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/10002> (Acceso septiembre 2020).
- Mignone, J., Bartlett, J., O'Neil, J. y Orchard, T. (2007). Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, 3(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-3-31>
- Ministerio de Cultura del Perú. (2020). Base de datos de pueblos indígenas u originarios. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos/kichwa> (Acceso agosto 2020).
- Ministerio de Educación de Ecuador. (2009). Diccionario kichwa castellano. Disponible en: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/03/RK_diccionario_kichwa_castellano.pdf (Acceso septiembre 2020).

- Monroy, J.F. (2017). La evaluación de los indicadores de interculturalidad en los programas de salud dirigidos a la población indígena y la importancia de la comunicación intercultural. *Revista de evaluación de programas y políticas públicas*, 1(8), 71-89. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/REPPP/article/view/15952> (Acceso agosto 2020).
- Morales, P., & Andi, N. (2014). *Sistemas de salud ancestral: derechos genoculturales en Ecuador*. Agusvinnus. Disponible en: <http://agusvinnus.prodiversitas.org/revistas/Morales-Andi-0.pdf> (Acceso septiembre 2020).
- Morán Coello, M. J. (2020). Gestión de la atención intercultural hospitalaria y su relación con la percepción de calidad de los usuarios del distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15063> (Acceso septiembre 2020).
- OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington, D.C. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf> (Acceso septiembre 2020).
- Parra, D. (2014). Adaptación de las praxias orofaciales para Quechuhablantes. *Revista Digital EOS Perú*, 4(2). Disponible en: <https://eosperu.net/revista/wp-content/uploads/2015/10/ADAPTACION-DE-LAS-PRAXIAS-OROFACIALES-PARA-QUECHUA-HABLANTES.pdf> (Acceso septiembre 2020).
- Patín Tapia, J. P. (2020). Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población adulta de la comunidad “Quindigua Alto” de la Provincia Bolívar (Bachelor's thesis, Quito: UCE). Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22369> (Acceso septiembre 2020).
- Patiño-Londoño, S. Y., Mignone, J., Castro-Arroyave, D. M., Valencia, N. G., & Rojas Arbeláez, C. A. (2016). Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. *Salud colectiva*, 12, 415-428. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.976>
- Pérez, F. O., Guerrero, A., & Aliaga, P. (2018). Determinantes sociales y prevalencia de la caries dental en población escolar de zonas rurales y urbanas de Ecuador. *OdontoInvestigación*, 4(2). Disponible en: <https://revistas.usfq.edu.ec/index.php/odontoinvestigacion/article/view/1281> (Acceso septiembre 2020).
- Piñeiro Aguiar, E. (2015). Educación médica para la inclusión intercultural desde un estudio de caso entre los Mbyá-guaraní. *Educación Médica Superior*, 29(4), 824-831. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412015000400015&script=sci_arttext&tlng=en (Acceso septiembre 2020).
- Plaja, A., Cohen, L. & Samora, J. (1968). Comunicación entre médicos y pacientes en consultas externas: factores sociales y culturales. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 46 (2), 161-212. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3349138> (Acceso septiembre 2020).
- PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014) Informe sobre desarrollo Humano. Disponible en: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf> (Acceso agosto 2020).
- PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2020). Impacto y situación de la población indígena latinoamericana ante el Covid-19. Disponible en: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/impacto-y-situacion-de-la-poblacion-indigena-latinoamericana-ant.html> (Acceso agosto 2020).
- Quintana, E. P., Inguillay, P. F. M., & Bonilla, R. M. B. (2019). La enseñanza y el aprendizaje de la Lengua Kichwa: incidencia en la inclusión de niños nativos en la escuela de Educación Básica “Mushuk Pakari”. República del Ecuador (Ensayo). *Roca. Revista científico-educacional de la provincia Granma*, 15(3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7121638> (Acceso septiembre 2020).
- Real-Cotto, J. J., Romero-Urréa, H. E., Amores Altamirano, N. E., & Villafuerte Fernández, A. A. (2021). Factores de riesgos y nivel de conocimiento de la enfermedad de Chagas en la parroquia General Villamil, Guayas-Ecuador 2020. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 61(ee1), 74-82. <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.61e.008>
- Ruiz, E. C. V., Ibarra, D. F. E., & Méndez, D. M. (2018). Ciudadanía digital e identidad cultural de los adolescentes salasakas en Facebook: proyecto educomunicativo//Digital citizenship and cultural identity of the adolescent salasakas in Facebook: educommunicative project. *Revista Cubana de Información y Comunicación*, 7(16), 122-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2411-99702018000200122&script=sci_arttext&tlng=en (Acceso septiembre 2020).

- Sánchez Paredes, J. E. (2018). Tradición oral como herramienta de preservación cultural del pueblo Salasaka (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Carrera de Comunicación Social). Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/28568> (Acceso septiembre 2020).
- Sánchez-Amador, F. (2021). R. rattus y R. norvegicus, como reservorio de endoparásitos zoonóticos en Ecuador. Revista MVZ Córdoba, 26(3). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnI=01220268&AN=150779108&h=9bVUis8nE1%2B%2BTt31MJbGjbulkijyHWg%2FZvgu0oOj12dS14HW9DqyrqyT%2ByHBP0hmWUM4ESZGcNOL9OmAMZCDIQ%3D%3D&crl=c> (Acceso marzo 2021).
- Santos S., & Verdín, K. (2016). Comunicación intercultural y la consulta médica en pacientes wixaritari (huicholes): un elemento a considerar dentro del patrimonio biocultural. Dimensión antropológica, 66. Disponible en: <http://dspace.uan.mx:8080/handle/123456789/1392> (Acceso agosto 2020).
- Torres Jerves, J. A. (2019). Determinación social de la malaria en población achuar de la localidad Wampuik perteneciente a la parroquia Huasaga, cantón Taisha, Morona Santiago, 2016-2017 (Master's thesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador). Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7048> (Acceso septiembre 2020).
- Yaguargos Torres, J. L., Romero Velóz, L.V., Torres Pantoja, J. E. & Sampetro Martinez, J. L. (2021). Situación actual de la vigilancia epidemiológica de la zoonosis en Ecuador periodo 2016-2020. Boletín de Malariología y Salud Ambiental, 61(ee1), 2-13. <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.61e.001>
- Zambrano, A. & Díaz, C. (2017). Diarrea aguda por parasitosis intestinal en niños de 5 a 10 años de edad de la etnia shuar en una comunidad indígena amazónica del Ecuador. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 36(5), 192-196. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/559/55954942006.pdf>