

PERTINENCIA CULTURAL Y EFECTIVIDAD DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA REDUCCIÓN DE BARRERAS DE ACCESO PARA COMUNIDADES INDÍGENAS DE LA SIERRA CENTRO DE ECUADOR

CULTURAL RELEVANCE AND EFFECTIVENESS OF THE PRIMARY HEALTH CARE POLICY IN REDUCING ACCESS BARRIERS FOR INDIGENOUS COMMUNITIES IN THE CENTRAL HIGHLANDS OF ECUADOR

Andrea Michelle Dávila Velastegui¹, Marcelo Ramiro Montufar Silva²,

Pablo Sebastián Muñoz Sancho³, María José Muñoz Sancho⁴

{amvdavila@gmail.com¹,marcelo.montufar@unach.edu.ec², sebastianmunoz@hotmail.es³, majitossanmunoz@gmail.com⁴}

Fecha de recepción: / Fecha de aceptación: / Fecha de publicación:

RESUMEN: El acceso a servicios básicos de salud para las poblaciones indígenas en Ecuador continúa siendo un reto persistente, particularmente en la provincia de Chimborazo, donde la densidad poblacional indígena es significativa. El presente artículo se propone evaluar los logros y limitaciones en la aplicación del modelo intercultural en la Atención Primaria en Salud (APS), focalizándose en la salud de las mujeres indígenas en edad reproductiva del cantón. Mediante un abordaje cualitativo, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en bibliotecas digitales como Scielo, Redalyc, PubMed y en repositorios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), bajo descriptores como “salud intercultural”, “barreras de acceso”, “salud indígena” y “Atención Primaria en Salud”. Se anticipó que los hallazgos mostrarían que, a pesar de los progresos normativos y de algunas iniciativas desplegadas, subsisten obstáculos relevantes, entre ellos, la formación deficiente del personal en competencias interculturales y la persistencia de actitudes discriminatorias a nivel institucional. Se determinó que, para disminuir de manera efectiva las barreras de acceso, la política de atención primaria de salud debe sobrepasar el ámbito

¹Coordinadora de Gestión de Bienestar Estudiantil y Universitario, Universidad Nacional de Chimborazo – Ecuador; <https://orcid.org/0000-0001-7944-6053>; +5930999898120.

²Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Chimborazo - Ecuador <https://orcid.org/0000-0001-8526-8054>

³ Estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Regional Autónoma de los Andes -Ecuador <https://orcid.org/0009-0008-6513-7805>

⁴Estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de las Américas -Ecuador <https://orcid.org/0009-0007-1969-0768>

normativo y materializarse en la asignación adecuada de recursos, así como en la reconfiguración de las prácticas institucionales, lo que permitiría asegurar una atención culturalmente pertinente.

Palabras clave: Atención, primaria, salud, intercultural, barreras, Chimborazo

ABSTRACT: Access to basic health services for indigenous populations in Ecuador continues to be a persistent challenge, particularly in the province of Chimborazo, where the indigenous population density is significant. This article aims to evaluate the achievements and limitations in the application of the intercultural model in Primary Health Care (PHC), focusing on the health of indigenous women of reproductive age in the canton. Using a qualitative approach, a systematic review of the literature was conducted in digital libraries such as Scielo, Redalyc, PubMed, and in repositories of the Ecuadorian Ministry of Public Health and the Pan American Health Organization (PAHO), under descriptors such as “intercultural health,” “barriers to access,” “indigenous health,” and “primary health care.” It was anticipated that the findings would show that, despite regulatory progress and some initiatives, significant obstacles remain, including poor training of staff in intercultural competencies and the persistence of discriminatory attitudes at the institutional level. It was determined that, in order to effectively reduce barriers to access, primary health care policy must go beyond the regulatory sphere and be translated into the adequate allocation of resources and the reconfiguration of institutional practices, which would ensure culturally relevant care.

Keywords: Primary care, health, intercultural, barriers, Chimborazo

INTRODUCCIÓN

Ecuador se ha levantado como un país plurinacional e intercultural, un horizonte que la Constitución de Montecristi de 2008 ha colocado sin hesitación entre sus fundamentos. El texto constitucional no deja de subrayar que la salud es un derecho de todos, y subraya que las políticas públicas deben dialogar con cada una de las cosmovisiones que habitan en nuestros territorios. El artículo 32 establece que la salud se salvaguarda mediante políticas económicas, sociales y culturales, y en el artículo 57, numeral 12, se otorga a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas la garantía de cuidar y cultivar sus propios sistemas, saberes y prácticas de medicina tradicional (1).

A pesar de contar con un marco normativo que se considera avanzado, las desigualdades en el acceso a la salud se mantienen y afectan con mayor severidad a las comunidades indígenas. Las brechas que observamos no se explican solo por condiciones socioeconómicas o por la distancia a los centros de salud; persisten obstáculos de tipo cultural que impiden que los servicios convencionales se adapten y se perciban como pertinentes. Por ello, la efectividad de la

atención y la disposición para aceptarla son limitadas, y las soluciones impuestas no son las que las comunidades consideran adecuadas para su realidad (2). El déficit de pertinencia cultural en la atención sanitaria se revela con mayor crudeza en tres frentes: la barrera idiomática, la ignorancia sobre los saberes de salud ancestrales y la discriminación abierta o encubierta. Estas dimensiones se entrelazan y alimentan la desconfianza hacia los equipos de salud, llevándolas a las mujeres indígenas en edad fértil a utilizar menos los servicios de primer nivel. Este grupo, cuya salud se traduce directamente en bienestar comunitario, se convierte en una voz menos oída y en una oportunidad de cuidar la salud de toda la comunidad que se deja pasar.

La provincia de Chimborazo, ubicada en la Sierra centro del país, presenta uno de los mayores porcentajes de población auto identificada como indígena (38%) a nivel nacional. Históricamente, esta provincia ha registrado indicadores de salud muy desfavorables (3). Por ejemplo, en 2023, Chimborazo reportó la prevalencia más alta de desnutrición crónica infantil del país, alcanzando un 35.1% (4). La realidad actual impone la necesidad de examinar cómo el sistema de salud responde a esta población en sus propios términos.

En esta línea, la política de Atención Primaria en Salud, materializada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, se posiciona como el principal dispositivo estatal orientado a materializar el derecho a la salud. El MAIS-FCI, al hacerlo, incorpora de manera expresa el enfoque intercultural, intencionando articular la medicina occidental con saberes ancestrales, fomentar la participación de la comunidad y calibrar los servicios según los matices culturales de cada territorio (5).

La distancia entre lo que se decide en escritorios de política y lo que realmente se vive en las comunidades es el terreno donde todavía se juega la justicia sanitaria. Hoy se discute si el modelo intercultural ha movido realmente el complejo engranaje de la atención primaria o si, en cambio, ha quedado confinado a actos protocolarios que no transforman la experiencia cotidiana de las mujeres indígenas. A partir de esta inquietud, el presente artículo se plantea la interrogante central: ¿Qué logros y qué obstáculos ha encontrado el enfoque intercultural al servir la salud de las mujeres indígenas en edad reproductiva en la provincia de Chimborazo? A través del examen crítico de la literatura disponible, se busca iluminar la relación entre la política inaugurada y su capacidad efectiva de derribar las fronteras que hoy, suavemente, pero con dureza, aún limitan el acceso a servicios que deberían ser, de iure y de facto, brutales en su pertinencia cultural y en su calidad asistencial.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se basa en una metodología de investigación cualitativa, con un diseño de revisión bibliográfica de tipo descriptivo-analítico. Este enfoque permite sintetizar y analizar de manera crítica la producción científica y la documentación oficial existente sobre el

tema para responder a la pregunta de investigación. La estrategia metodológica se desarrolló en tres fases: planificación, búsqueda y selección, y análisis de la información.

Durante la fase de planificación, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión. Se aceptaron artículos académicos, tesis, memorias de organismos gubernamentales como el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, materiales de organizaciones no gubernamentales como la OPS/OMS, así como libros, siempre publicados entre 2008 y 2024. Este intervalo se seleccionó para que cubriera el tiempo que va desde la promulgación de la Constitución de Montecristi la cual consagra la interculturalidad como principio constitucional hasta la fecha presente. Se aceptaron documentos escritos en español e inglés que abordaran de forma explícita la salud intercultural, la Atención Primaria en Salud, las barreras de acceso y la salud de las poblaciones indígenas en el Ecuador, priorizando la región Sierra y, en la medida de lo posible, la provincia de Chimborazo. Se rechazaron editoriales, artículos de opinión y estudios cuyo objeto central no se correspondiere con la pregunta de investigación.

En la Tabla 1 se muestra la fase de búsqueda y selección se realizó en bases de datos científicas de alto reconocimiento como Scielo, Redalyc, Latindex, PubMed y Google Scholar. Se emplearon descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y palabras clave, combinados con operadores booleanos (AND, OR). Las cadenas de búsqueda fueron: (“Salud Intercultural” AND “Atención Primaria” AND “Ecuador”), (“Barreras de acceso” AND “Salud Indígena” AND “Chimborazo”), y (“Mujeres indígenas” AND “Salud Reproductiva” AND “Ecuador”). Adicionalmente, se llevó a cabo una búsqueda manual en los repositorios digitales de universidades ecuatorianas y en los sitios web oficiales del Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud para localizar literatura gris relevante (informes técnicos, guías y políticas). El proceso de selección implicó la revisión inicial de títulos y resúmenes para descartar los documentos no pertinentes, seguida de una lectura a texto completo de los preseleccionados para confirmar su elegibilidad final.

Tabla 1. Método PRISMA identificación, selección y clasificación de estudios realizados.

Fase	Número de estudios
Estudios identificados	55
Estudios excluidos por duplicados	6
Estudios excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión	15
Estudios preseleccionados para revisión completa	34
Estudios excluidos después de la revisión completa	11
Estudios incluidos en la revisión final	23

Finalmente, durante la fase de análisis, se utilizó la técnica de análisis de contenido temático para examinar de forma sistemática la literatura seleccionada. Se extrajo y codificó la información según un procedimiento riguroso, organizándola en dos categorías principales que se habían establecido de antemano: 1) Avances en la implementación del enfoque intercultural y 2) Desafíos y barreras persistentes en la atención primaria de la salud para mujeres indígenas. Este trabajo permitió identificar patrones, puntos de consenso y divergencias en la evidencia

existente, así como facilitar una síntesis interpretativa que sirvió de base para las conclusiones del estudio.

RESULTADOS

En esta sección se presentan los hallazgos obtenidos de la literatura científica y la documentación oficial de las agencias gubernamentales de salud, organizados en función de los hallazgos en dos grandes ejes temáticos que responden a la pregunta de investigación. El primer eje detalla los avances y logros, principalmente en el ámbito normativo y en la implementación de prácticas focales. El segundo, de mayor densidad y complejidad, desagrega las múltiples y persistentes barreras y desafíos que enfrenta la política de salud intercultural en su implementación práctica en la provincia de Chimborazo y otras regiones andinas de Ecuador.

1. Avances en la Implementación del enfoque intercultural en la atención primaria en salud

Los progresos en este enfoque, si bien limitados en su alcance sistémico, se han materializado en tres áreas principales: la consolidación de un marco político y normativo, la adecuación de servicios específicos como el parto y la incipiente articulación con agentes de la medicina ancestral.

1.1. Consolidación de un marco normativo y político progresista

El avance más significativo radica en la consolidación de un andamiaje jurídico y político que sustenta y propicia la salud intercultural. La Constitución de la República de 2008 representa la pieza fundamental, ya que, además de declarar a Ecuador como un Estado plurinacional e intercultural en su artículo primero, promulga disposiciones precisas. El artículo 32 reconoce el derecho a la salud y ordena la formulación de políticas orientadas a la inclusión y a la equidad; el artículo 57, numeral 12, asegura a las comunas, pueblos y nacionalidades indígenas el derecho a "sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional", incluyendo la protección de lugares rituales y sagrados, flora, fauna, minerales y ecosistemas que revisten interés vital desde esa tradición (1). Además, el Artículo 363, numeral 6, mandata al Estado a "garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos" (1).

Este marco constitucional se operativiza a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), implementado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) desde 2012. El MAIS-FCI establece formalmente la interculturalidad como uno de sus ejes transversales, reconociendo la necesidad de articular la medicina occidental con los saberes ancestrales para mejorar la aceptabilidad y efectividad de los servicios (7). A nivel programático, esto se ha traducido en la creación de guías y protocolos técnicos específicos, siendo el más emblemático la "Norma Técnica para la Atención del Parto Culturalmente

Adecuado" (18), un documento que busca estandarizar prácticas respetuosas en los servicios de salud del país. Este andamiaje normativo, aunque su aplicación sea deficiente, representa un logro político fundamental, pues proporciona una base legal sólida para las demandas de las comunidades y para la exigibilidad de sus derechos en salud.

1.2. La adecuación de servicios: el parto culturalmente adecuado como experiencia emblemática

La estrategia de adecuación cultural más visible y documentada es la implementación de salas y servicios para el parto culturalmente adecuado. Esta práctica busca adaptar el entorno hospitalario a las costumbres y cosmovisión andinas del nacimiento. Basándose en las directrices del MSP y en la praxis comunitaria, un parto culturalmente adecuado implica: la libertad de la mujer para elegir la posición para dar a luz, siendo la posición vertical (de cuclillas, sentada o de rodillas) la más común; el uso de vestimenta propia en lugar de la bata de hospital; el permiso para el acompañamiento continuo de familiares cercanos (pareja, madre, suegra) y de la partera de su confianza; el uso de bebidas calientes y aromáticas como la manzanilla para proveer de energía y calor a la mujer en labor de parto; y la entrega de la placenta a la familia para que esta pueda realizar el entierro ritual, un acto de profundo significado para el vínculo del recién nacido con la "Pachamama" (11), (18).

Investigaciones recientes tales como la que tuvo lugar en la Maternidad de Guamote, en la provincia de Chimborazo han documentado efectos alentadores. Según el estudio de (19), la introducción de salas mixtas de parto condujo a un aumento significativo en la satisfacción de las mujeres usuarias y a un reforzamiento de la confianza depositada en el equipo médico. Paralelamente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha catalogado estas experiencias ecuatorianas como modelos a seguir en la Región Andina, subrayando su capacidad para disminuir la mortalidad materna al promover el parto institucional en entornos que a la vez son seguros y respetuosos (12). Aunque su difusión no ha alcanzado a todos los establecimientos y permanece sujeta a la voluntad del personal sanitario en cada localidad, las evidencias acumuladas indican que es viable reconfigurar la atención y que, al hacerlo, las comunidades responden de manera favorable.

1.3. Articulación incipiente con agentes de la medicina ancestral

El MAIS-FCI reconoce formalmente a los agentes de la medicina tradicional, como las parteras, yachaks (sabios o curanderos) y fregadores (sobadores), como actores clave en el sistema de salud comunitario (7). En la práctica, se han documentado algunas experiencias de articulación, especialmente con las parteras. Estudios como el de (13) describen modelos de colaboración donde las parteras tradicionales identifican embarazos de riesgo en la comunidad, acompañan a las mujeres a los controles prenatales y colaboran con el personal de salud durante el parto en un lugar con las condiciones adecuada, institucionalmente hablando.

Sin embargo, la literatura también es clara al señalar que esta articulación es, en la mayoría de los casos, informal, asimétrica y frágil (20). Generalmente, no existen mecanismos formales de remuneración para las parteras por el trabajo que realizan, y la colaboración depende más de la buena voluntad y el respeto personal de los profesionales de salud de turno que de una política institucionalizada y sostenible. La articulación suele ser unidireccional: se busca que la partera derive pacientes al sistema formal, pero rara vez se integra el conocimiento de la partera en el plan de atención de la mujer. Por tanto, aunque representa un avance respecto a la negación total del pasado, esta articulación es aún incipiente y no ha logrado establecer una relación de diálogo horizontal y de respeto mutuo entre ambos sistemas de salud.

2. Desafíos y barreras persistentes en la APS para las mujeres indígenas

Frente a los avances mencionados, emerge un panorama mucho más complejo y denso de desafíos estructurales y cotidianos que obstaculizan el acceso efectivo a la salud para las mujeres indígenas en edad reproductiva. Estas barreras pueden agruparse en institucionales, de competencia cultural del personal, de discriminación y violencia, y de género a nivel comunitario.

2.1. Barreras institucionales y estructurales

A nivel sistémico, la política de interculturalidad se enfrenta a dos grandes obstáculos: la falta de financiamiento y la precariedad del sistema de salud rural. Diversos análisis críticos, como el de Huicacuri-Páez et al. (8), señalan que, a pesar de la retórica política, la salud intercultural no cuenta con una línea presupuestaria específica y protegida. Esto se traduce en una falta crónica de recursos para la formación del personal, la contratación de traductores, la elaboración de material educativo pertinente (en Kichwa) o la adquisición de insumos que respeten las prácticas culturales. La política, al carecer de un sustento financiero real, queda relegada a un plano declarativo.

Sumado a esto, la alta rotación del personal de salud en las zonas rurales es una barrera estructural fundamental. El sistema ecuatoriano depende en gran medida de los médicos y enfermeras que cumplen su año de salud rural obligatorio. Este personal, a menudo joven, con poca experiencia y con un fuerte sesgo urbano, permanece en la comunidad por un periodo limitado de un año. Esta rotación impide la construcción de relaciones de confianza a largo plazo entre la comunidad y los proveedores del sistema de salud, un elemento que la propia OPS considera esencial para la efectividad de la Atención Primaria (2). Como indican Back et al. (9), esta inestabilidad laboral fragmenta la continuidad de la atención y dificulta la consolidación de cualquier programa de salud, incluido el de interculturalidad.

2.2. Barreras de competencia cultural del personal de salud

Quizás el desafío más citado en la literatura es el profundo déficit en competencias interculturales del personal de salud. La formación en las facultades de medicina y enfermería en Ecuador ha sido históricamente biomédica y positivista, con escasa o nula inclusión de contenidos sobre antropología médica, salud intercultural o cosmovisiones indígenas (22). Por lo tanto, quienes prestan atención sanitaria acceden a las comunidades sin un entendimiento pleno de su cultura. Carecen de familiaridad con nociones andinas de enfermedad como el susto, el mal aire o el mal de ojo, que resultan decisivas para conocer de qué modo las personas identifican, discuten y dan sentido a su malestar. Esta deficiencia se amplía mediante el obstáculo del idioma.

En Chimborazo, donde una porción considerable de la población sobre todo las mujeres y los ancianos de las parroquias rurales utiliza la lengua kichwa de forma monolingüe o con escaso control del español, el personal de salud que no tiene la capacidad de expresarse en la lengua del territorio enfrenta una dificultad ineludible. El trabajo de Curicama-Maza y otros (14) en Guamote demuestra sin ambigüedad que la lengua constituye un límite severo para realizar una historia clínica completa, para obtener un consentimiento genuino y, lo que es más crítico, para generar un lazo terapéutico cimentado en la digna reciprocidad. Cuando no hay diálogo, la interacción se reduce a mímicas o a la intervención de un pariente, mermando tanto la profundidad como la exactitud que requiere un servicio sanitario que aspire a la excelencia.

2.3. La persistencia de la discriminación y la violencia obstétrica

Más allá del desconocimiento, una de las barreras más dolorosas y disuasorias es la persistencia de la discriminación y el maltrato. Investigaciones cualitativas han sacado a la luz la dura realidad de la violencia obstétrica que sufren muchas mujeres indígenas en los servicios públicos. El estudio de Brehmer-Mora y Campo-Rivera (15) recoge testimonios devastadores de mujeres que relatan haber sido víctimas de maltrato verbal, con gritos y frases humillantes como "¡Apúrate, abre las piernas!" o "¡No grites como un animal!". Otros estudios, como el de García-Sampedro et al. (4), documentan prácticas de discriminación más sutiles, pero igualmente dañinas, como la burla por su vestimenta, la infantilización en el trato o la negativa a respetar su pudor. Esta violencia institucional, arraigada en el racismo estructural, genera un profundo trauma y es una de las principales razones por las que muchas mujeres deciden dar a luz en sus hogares, aun conociendo los riesgos, para evitar ser maltratadas (16).

2.4. Participación comunitaria inefectiva y barreras de género

Finalmente, se identifican barreras a nivel comunitario y de participación. Aunque el MAIS-FCI postula la participación social como un pilar, en la práctica, los comités locales de salud suelen ser inoperantes o tienen un rol meramente simbólico. La investigación de López-Arellano y Jarillo-Soto (10) concluye que estos espacios raramente funcionan como mecanismos de empoderamiento comunitario o de control social sobre los servicios de salud. La planificación

sigue siendo un ejercicio técnico y centralizado, de arriba hacia abajo, que no logra incorporar las necesidades y prioridades definidas por las propias comunidades.

A esto se suman las profundas barreras de género que condicionan la salud de las mujeres. En muchas comunidades rurales, persisten estructuras patriarcales que limitan la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su salud. Estudios como el de Goicolea et al. (17) demuestran que la decisión de una mujer de buscar atención médica, especialmente en salud sexual y reproductiva, a menudo requiere la autorización de su esposo o de su suegra. La falta de autonomía, combinada con las barreras económicas y geográficas (distancia a los centros de salud, costo del transporte), crea un complejo entramado de obstáculos que dificultan enormemente el acceso oportuno a la atención.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión bibliográfica revelan una tensión constante y profunda entre la política de salud intercultural formulada en Ecuador y su implementación práctica en el contexto de la Atención Primaria en Salud (APS) para las mujeres indígenas de Chimborazo. El régimen normativo del país representa, sin duda, uno de los más progresivos de América Latina, al propugnar la plurinacionalidad y a reconocer, dentro de su propia carta constitucional, el derecho a la medicina tradicional (1). Tal precepto se traduce en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), orientado a construir una trayectoria coherente para el sistema de salud inclusivo (7). No obstante, la evidencia empírica apunta a que, en la operativa cotidiana, el modelo se ve condicionado por limitaciones estructurales y funcionales, diagnóstico que concuerda con análisis que subrayan una distancia persistente entre el enunciado normativo y la experiencia concreta de los usuarios (8, 9).

Los recientes logros, como las salas de parto diseñadas desde marcos culturales, se traducen en un aumento palpable de la satisfacción de las gestantes (11), (19). Esta experiencia, reconocida por la OPS como un modelo a replicar en otras latitudes (12), confirma que el respeto a las señales culturales se refleja en la calidad del cuidado que se brinda. Sin embargo, el diálogo que realmente importa no puede limitarse a los colores de las paredes o la disposición de los muebles; hay que indagar si los cambios físicos logran en verdad un trato intercultural. La literatura apunta a que esos espacios, aplaudidos desde el plano estético, tienden a ser micropuntos de alteridad surcada por un río dominante que, por regla, sigue marcar el latido biomédico y monocultural del sistema (22). Esta realidad no pertenece solo a Ecuador; investigaciones a lo largo de los Andes han constatado que, desde Perú a Colombia, la aplicación de las políticas interculturales se hiende en la falta de financiamiento continuo y en decisiones políticas que no apuestan por una reconfiguración sistémica genuina (23).

El nudo crítico del problema parece residir en la calidad de la interacción humana y en las relaciones de poder asimétricas que se reproducen dentro de los establecimientos de salud. ¿De

qué sirve una sala de parto vertical si la mujer es víctima de violencia obstétrica durante su uso? La literatura es contundente al señalar que la falta de competencia cultural del personal de salud es una barrera fundamental. El desconocimiento de la cosmovisión andina sobre el proceso salud-enfermedad, la barrera idiomática del Kichwa (14) y, en su forma más extrema, las actitudes de discriminación y maltrato (4), (15), anulan cualquier beneficio que pudiera ofrecer la infraestructura. Esto confirma que la pertinencia cultural no puede ser un apéndice del modelo de atención, sino su núcleo central, lo que exige una transformación de las prácticas y, sobre todo, de las actitudes del personal.

Además, es imprescindible analizar los hallazgos desde un enfoque de interseccionalidad. Las barreras que enfrentan las mujeres indígenas de Chimborazo no pueden ser atribuidas únicamente a su identidad étnica. Estas se entrelazan y potencian con su condición de género en una sociedad con rasgos patriarcales y con su situación de vulnerabilidad socioeconómica (21). La falta de autonomía para tomar decisiones sobre su propia salud reproductiva, reportada en estudios como el de Goicolea et al. (17), es una barrera tan significativa como la ausencia de un traductor en el centro de salud. De igual manera, la decisión de muchas mujeres de optar por un parto domiciliario a pesar de los riesgos no solo responde a una preferencia cultural, sino también a un cálculo racional para evitar la violencia institucional y la discriminación que han experimentado previamente (16).

Finalmente, la debilidad de la participación comunitaria, pilar teórico del MAIS-FCI, cierra un círculo vicioso de exclusión. Investigaciones como la de López-Arellano y Jarillo-Soto (10) han demostrado que los mecanismos de participación suelen ser meramente consultivos o informativos, sin un poder real para influir en la planificación y gestión de los servicios. Mientras la planificación siga siendo un ejercicio vertical, de arriba hacia abajo, será difícil que los servicios de salud respondan a las necesidades sentidas por las comunidades y que estas se apropien del sistema de salud como un espacio propio y seguro.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de la Atención Primaria en Salud (APS) en Ecuador, con su fuerte impronta intercultural, marca un giro normativo y discursivo congruente con la Constitución de 2008. No obstante, en la provincia de Chimborazo, el efecto sobre el acceso de las mujeres indígenas en edad reproductiva se revela limitado y contradictorio. De aquí se deriva la constatación de una dislocación radical entre la política diseñada (el “deber ser”) y su ejercicio cotidiano (el “ser”). Los avances anotados, entre ellos la creación de salas de parto culturalmente adecuadas, son apreciados, pero permanecen como experiencias sueltas e inarticuladas. No consiguen, por sí solos, desarticular las barreras estructurales que, por sistema, persisten; en consecuencia, quedan lejos de remodelar el entramado asistencial. En la realidad, la política intercultural se exhibe más como un inventario de gestos que como un viraje en la cultura organizacional, que, lejos de ser cuestionada, sigue fundamentada en una racionalidad biomédica, centralizada y monocultural.

El principal obstáculo para que la política de salud intercultural funcione no es la ausencia de reglas, sino las barreras humanas e institucionales que se replican cada día en los servicios de salud. Al analizar el problema, se reafirma que la escasa competencia intercultural de los equipos de salud es el eje del asunto. Esta carencia se expresa en la traba del idioma, en la ignorancia sobre la cosmovisión andina y, en su forma más dañina, en actitudes de discriminación y violencia obstétrica, que deterioran la confianza de las usuarias de un modo que ninguna reforma estructural puede enmendar. La continua rotación de los profesionales, la escasez de financiamiento dedicado y la fragilidad de los espacios de participación comunitaria alimentan un ciclo de desconfianza, infrautilización de servicios y resultados de salud deficitarios. La evidencia es contundente: a menos que se destinen recursos sólidos y permanentes a la capacitación, la sensibilización y la retención del personal, la interculturalidad seguirá siendo un objetivo distante.

Para lograr una reducción eficaz de las inequidades en salud de las mujeres indígenas de Chimborazo, es imprescindible replantear la estrategia de interculturalidad, pasando de una perspectiva funcional a una crítica y transformadora. Las futuras intervenciones deben, por tanto, incorporar obligatoriamente la interseccionalidad, reconociendo y atendiendo, de manera simultánea, las dimensiones de opresión que afectan a estas mujeres: etnia, género y condición socioeconómica. No basta con “incluir” costumbres en un sistema que permanece intacto; es necesario cambiar las relaciones de poder que lo sostienen. Esto requiere fortalecer la capacidad de las comunidades para participar de forma vinculante en la planificación y supervisión de los servicios, asegurar justicia y reparación ante actos de discriminación e integrar el enfoque de género de manera transversal, de modo que la autonomía femenina sobre decisiones de salud se consolide. La pertinencia cultural solo será efectiva cuando el sistema de salud dialogue horizontalmente con la comunidad y garantice, además de la accesibilidad, un trato digno, respetuoso y libre de cualquier forma de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 de 20-oct-2008.
2. García-Sampedro E, Santillán-Gaibor E, Molina-Puma M. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la mujer kichwa en el cantón Colta, Ecuador. *Enferm. glob.* 2021;20(64):315-37.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS-FCI. Quito: MSP; 2012.
4. Huicacuri-Páez SN, Goicolea-Altamirano I, San Sebastián-Villanueva M. La política de salud intercultural en Ecuador: una política sin enfoque de derechos en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020;37(2):336-42.
5. Back DK, Garcés-Delgado Y, Valarezo-García MC. Interculturalidad en salud: fortalezas y debilidades del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en el Ecuador. *Cienciamerica.* 2020;9(1):92-111.

6. López-Arellano O, Jarillo-Soto EC. La participación social en salud: el desafío de la integralidad y la interculturalidad en el Ecuador. *Salud Colect.* 2017;13(3):421-33.
7. Pinos-León V, Cárdenas-Tapia Y, Cuesta-Vallejo M. Percepción de la atención en salud intercultural en púerperas de una comunidad indígena en Ecuador. *Rev Cuid.* 2020;11(2):e939.
8. Organización Panamericana de la Salud. Adecuación intercultural de los servicios de salud materna. Experiencias en la Región Andina. Washington D.C.: OPS; 2014.
9. Curicama-Maza P, Paccha-Sacaquirin L, Curay-Quinde S. El idioma como barrera en la aplicación de la política de salud intercultural en el Cantón Guamote. *Salud, Ciencia y Tecnología.* 2023;3:478.
10. Brehmer-Mora M, Campo-Rivera M. "¡Apúrate, abre las piernas!". Violencia obstétrica en los relatos de mujeres indígenas y mestizas de la sierra de Ecuador. *Antípoda.* 2016;(26):101-19.
11. Guamán-Guamán M, Tene-Palaquibay E, Guamán-Morocho L. Factores socioculturales y su influencia en la atención del parto domiciliario en mujeres indígenas, Ecuador. *Rev Científica de Enfermería.* 2021;11(1):1-14.
12. Goicolea I, C-San Sebastián M, Wulff M. Women's autonomy and its relationship with the use of health services in rural Ecuador: a multilevel analysis. *Health Policy Plan.* 2010;25(Suppl 1):i40-8.
13. Poma-Poma S, Vinueza-Veloz M. Parto humanizado con pertinencia intercultural en la maternidad de Guamote, provincia de Chimborazo. [Tesis de Grado]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2018.
14. Montalvo-Salazar D, Bravo-Reina C, Zambrano-Gallardo S. Barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena rural de Ecuador. *Rev Cubana Salud Pública.* 2022;48(1):e1859.
15. Kradolfer F. El desafío de la salud intercultural: el caso de Ecuador. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales.* 2011;(40):49-61.
16. Canales-Tapia F, Cuyul-Soto MA, Grandi-Mendoza C. Avances y desafíos en las políticas de salud intercultural en países andinos. *Gac Sanit.* 2019;33(3):288-93.
17. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, Resumen: Panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.
18. Kowitt SD, Emmerglick J, Valbuena D, Ayala GX, Laping M, Valerio M, et al. Percepciones sobre las barreras y facilitadores del acceso a la atención médica en las comunidades indígenas de América Latina y el Caribe: una revisión sistemática. *J Health Care Poor Underserved.* 2021;32(2):647-66.
19. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Censo de Población y Vivienda 2022: Resultados Nacionales. Quito: INEC; 2023.
20. Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. Informe de seguimiento a la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil - Ronda 2023. Quito; 2024.
21. Buele-Reyes IC, Zhiminaicela-Cabrera JB, Hualpa-Quichimbo MI, Quezada-Loja JM. Rol de la partera en el sistema de salud ecuatoriano. Un estudio de caso. *Rev Univ Soc.* 2019;11(5):263-8.

22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. Quito: MSP; 2016.
23. Gualpa-Llanga G. Articulación de la medicina ancestral y la medicina occidental en la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas en el Cantón Cayambe. [Tesis de Maestría]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2017.