

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROYECTO DE TITULACIÓN

**IDENTIFICANDO LA PERCEPCIÓN DE MÉDICOS RESPECTO A BARRERAS
LINGÜÍSTICAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A PACIENTES DE DOS
COMUNIDADES INDÍGENAS EN IMBABURA EN EL 2024**

Profesora

Dra. Ana Lucía Martínez Abarca, Msc.

Autor

Enrico Galletti, MD

2024

Resumen

Esta investigación aborda las barreras lingüísticas en la atención médica a comunidades indígenas en Imbabura, Ecuador, centrando su enfoque en las comunidades de Naranjal y Gualsaqui. La revisión de la literatura destaca las dificultades en la comunicación verbal y la interpretación de documentos escritos, especialmente en entornos con diversidad lingüística. La coexistencia del español y el kichwa en Imbabura plantea desafíos, afectando la comprensión de indicaciones médicas y generando desconfianza.

La investigación se enfoca en los médicos de los Centros de Salud Caranqui y Quichiche, buscando comprender su percepción sobre las barreras lingüísticas y proponer estrategias para mejorar el acceso equitativo a la atención médica. La falta de reconocimiento de la medicina ancestral y la ausencia de servicios de interpretación contribuyen a desigualdades en el acceso a la salud. La delimitación geográfica se centra en dos centros de salud en Imbabura, con una población de médicos fácilmente encuestable y con experiencia en el tratamiento de pacientes indígenas. La investigación busca superar las barreras lingüísticas para construir un sistema de salud más inclusivo y equitativo.

En cuanto a los objetivos, se busca identificar la percepción de los médicos sobre las barreras lingüísticas, determinar su apertura hacia políticas interculturales y material bilingüe, con hipótesis que reconocen la existencia de estas barreras. Este estudio busca servir de contribución al creciente campo de la medicina intercultural, proporcionando una perspectiva que permita mejorar la calidad y equidad en la atención médica a comunidades indígenas en Ecuador.

Palabras clave:

1. Barreras lingüísticas
2. Atención médica
3. Adultos mayores indígenas
4. Interculturalidad
5. Equidad en salud

Abstract

This research addresses linguistic barriers in healthcare for indigenous communities in Imbabura, Ecuador, focusing on the Naranjal and Gualsaqui communities. The literature review highlights difficulties in verbal communication and the interpretation of written documents, especially in environments with linguistic diversity. The coexistence of Spanish and Kichwa in Imbabura poses challenges, affecting the understanding of medical instructions and generating distrust.

The research focuses on physicians from the Caranqui and Quichiche Health Centers, seeking to understand their perception of linguistic barriers and propose strategies to improve equitable access to healthcare. The lack of recognition of ancestral medicine and the absence of interpretation services contribute to inequalities in health access. The geographical delimitation focuses on two health centers in Imbabura, with a easily surveyable population of healthcare professionals experienced in treating indigenous patients. The research aims to overcome linguistic barriers to build a more inclusive and equitable healthcare system.

Regarding objectives, the research seeks to identify physicians' perception of linguistic barriers, determine their openness to intercultural policies and bilingual materials, with hypotheses acknowledging the existence of these barriers. This study aims to contribute to the growing field of intercultural medicine, providing a perspective that can enhance the quality and equity of healthcare for indigenous communities in Ecuador.

Keywords:

1. Linguistic barriers
2. Healthcare
3. Indigenous elderly patients
4. Intercultural communication
5. Health equity

Tabla de contenidos

Capítulo 1 - Introducción	5
1.1 Descripción del problema: revisión de la literatura relacionada	5
1.2 Definición del problema	6
1.3. Pregunta de investigación	7
1.4. Identificación del objeto de estudio	8
1.5 Planteamiento del proyecto	8
1.5.1. Delimitación	8
1.5.2. Justificación	9
1.5.3. Situación actual	10
1.6 Plan de actividades	12
Capítulo 2 - Objetivos	13
2.1. Objetivo general	13
2.2. Objetivos específicos	13
2.3. Hipótesis	13
Capítulo 3 - Marco teórico	14
3.1. Marco referencial	14
3.2. Marco referencial	15
3.3. Marco conceptual	17
Capítulo 4 - Aplicación metodológica	19
4.1. Diseño del estudio	19
4.1.1. Operacionalización de variables	19
4.1.2. Universo y muestra	19
4.2. Materiales y métodos	20
4.3. Obtención y análisis de la información	21
4.3.1. Discusión	22
5. Propuesta de solución	24
6. Planificación	26
6.1. Plan de trabajo	26
6.2. Cronograma (Enero - Junio 2024)	27
6.3 Presupuesto	27
7. Conclusiones	28
8. Bibliografía	30

Capítulo 1 - Introducción

1.1 Descripción del problema: revisión de la literatura relacionada

La cuestión de las barreras lingüísticas en el ámbito de la salud, especialmente en entornos que albergan comunidades indígenas con sus propias lenguas, ha sido objeto de análisis en la literatura académica. Las barreras lingüísticas en la atención médica se refieren a las dificultades de comunicación entre los proveedores de servicios médicos y los pacientes debido a la multiplicidad de idiomas presentes en una comunidad. Investigaciones han identificado barreras primarias, como las dificultades en la comunicación verbal, y barreras secundarias, vinculadas a problemas en la interpretación de documentos escritos, ambas afectando la calidad de la atención médica. Numerosos estudios respaldan la idea de que estas barreras pueden desencadenar una atención de salud deficiente, confusiones en el diagnóstico y tratamiento, así como una menor adherencia del paciente a las indicaciones médicas (Browne et al, 2016).

En Imbabura, Ecuador, la coexistencia de lenguas indígenas, como el kichwa, y el español añade una capa adicional de complejidad al panorama lingüístico local. Esta realidad plantea desafíos significativos en el ámbito de la atención médica, ya que la diversidad lingüística puede originar malentendidos y complicaciones en la comunicación entre pacientes y médicos. La existencia de documentos escritos en español se convierte en un obstáculo adicional para aquellos pacientes indígenas que no manejan completamente el idioma, dificultando la comprensión de las indicaciones médicas y la información relacionada con la salud (Bautista et al, 2017).

Las barreras lingüísticas, en este contexto, pueden alimentar la desconfianza de los pacientes indígenas hacia el sistema de salud, haciéndolos sentir marginados o mal atendidos debido a la falta de entendimiento mutuo. La ausencia de servicios de interpretación y la escasa presencia de médicos que hablan kichwa contribuye a la creación de desigualdades en el acceso a la atención médica, afectando en gran medida a la población indígena (Eckhardt et al, 2019).

Diversas propuestas de solución han surgido, entre ellas, la implementación de servicios de interpretación en los centros de salud, el diseño de programas de formación para médicos centrados en la sensibilidad cultural y la competencia lingüística, así como la creación de material educativo bilingüe que facilite la comprensión de la información médica, abarcando tanto el idioma Kichwa como el español (Cherrez-Ojeda et al, 2020).

Esta revisión de la literatura subraya la importancia de abordar las barreras lingüísticas en la atención médica, sobre todo en contextos donde la diversidad lingüística desempeña un papel crucial para asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud. En última instancia, la superación de estas barreras no solo promueve la comprensión mutua, sino que también contribuye a construir un sistema de atención médica más inclusivo y accesible para todos.

1.2 Definición del problema

En Imbabura, Ecuador, la raíz del problema identificado se encuentra en las barreras lingüísticas que separan a los indígenas de diversas comunidades que hablan kichwa de los médicos hispanohablantes, generando un impacto negativo en la accesibilidad de los pacientes indígenas al sistema de salud nacional. Estas barreras abarcan desde las dificultades en la comunicación verbal durante las interacciones médico-paciente hasta los obstáculos asociados con la interpretación de documentos escritos, como instrucciones médicas y material informativo de salud (Bautista-Valarezo et al, 2020).

La presencia de una diversidad lingüística en Imbabura, donde conviven lenguas indígenas y el español, contribuye a malentendidos y limitaciones en la comunicación en el ámbito de la atención médica. Además, la falta de dominio del español por parte de algunos pacientes indígenas, especialmente entre los adultos mayores, combinada con la existencia de documentos de salud redactados en este idioma, complica el acceso y la comprensión de la atención médica. Este panorama crea desigualdades en el acceso a los servicios de salud, comprometiendo la calidad de la atención médica para los pacientes indígenas. Además, se observa

una brecha entre la medicina occidental y la ancestral, donde muchos practicantes de medicina ancestral sienten que carecen de reconocimiento en el sistema de salud nacional (Bautista-Valarezo et al, 2021). Esta falta de reconocimiento no solo no convence a los usuarios de los beneficios de la medicina moderna, sino que también distancia aún más a las comunidades indígenas del sistema de salud nacional.

El foco de esta investigación se centra en analizar las percepciones de los médicos que atienden a pacientes indígenas en las comunidades de Caranqui y Quichinche en Imbabura, Ecuador, mediante encuestas electrónicas.

El objetivo general es comprender cómo estas barreras afectan la accesibilidad y calidad de la atención médica, con la mira puesta en proponer estrategias para mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud en el futuro.

Este estudio involucra como actores a los médicos de dos centros de salud que tienen a comunidades indígenas dentro de su área de cobertura. Busca reconocer primero la perspectiva de los médicos con respecto al problema de la comunicación intercultural, sin desacreditar sus intereses y expectativas específicas en relación con la mejora de la atención médica para la población indígena en Imbabura. La investigación busca comprender y equilibrar estos intereses para desarrollar estrategias inclusivas y efectivas que aborden las complejidades de las barreras lingüísticas en el acceso a la atención médica a futuro.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de los médicos que atienden a pacientes indígenas en Imbabura, Ecuador, sobre el impacto de las barreras lingüísticas entre los indígenas de distintas comunidades que hablan Kichwa y los médicos hispanohablantes en la accesibilidad de los pacientes indígenas al sistema de salud nacional?

1.4. Identificación del objeto de estudio

El objeto de estudio son los médicos de dos centros de salud en Imbabura, Ecuador. Específicamente el Centro de Salud de Quichiche, en el cantón Otavalo, y el Centro de Salud de Caranqui, en el cantón Ibarra. Estos dos centros de salud atienden a pacientes de dos comunidades indígenas; Gualsaqui y Naranjal, respectivamente.

La selección de los médicos de estos dos centros se fundamenta en tres hechos prácticos: (1) es una población pequeña y fácil de encuestar por su acceso al internet; (2) por su ubicación, brindan atención en salud a dos comunidades indígenas, y (3) son los médicos, y no los pacientes, quienes, idealmente, adoptarían las políticas interculturales que pudieran resultar de esta investigación y otras similares. Al centrar la investigación en este segmento poblacional, se aspira a obtener una comprensión más detallada de cómo las barreras lingüísticas afectan a los usuarios indígenas desde la perspectiva de los médicos y, de manera más específica, cómo estas barreras podrían abordarse de manera efectiva para mejorar su acceso y experiencia en el sistema de salud.

1.5 Planteamiento del proyecto

1.5.1. Delimitación

La presente investigación se delimita en los siguientes ámbitos:

- **Geográfico:** el estudio se centra en dos centros de salud que brindan servicios a comunidades indígenas. Ambos están localizadas en la provincia de Imbabura. El primero es el Centro de Salud Caranqui, ubicado en el cantón Ibarra, parroquia Caranqui, en la avenida Atahualpa 3354 y Pintag. La comunidad indígena Naranjal se encuentra dentro de su área de cobertura. El segundo es el Centro de Salud Quichinche, ubicado en el cantón Otavalo, parroquia San José de Quichinche, en la calle principal frente al parque. Brindan atención médica a la comunidad indígena de Gualsaqui.
- **Población:** esta se dirigirá a todos los médicos de los dos centros mencionados. La categoría de médico en este caso se extenderá a médicos

especialistas, médicos generales, médicos rurales, y estudiantes de medicina en su último año de formación que se encuentren rotando en los centros de salud al momento de la encuesta.

- **Duración:** se realizará en un periodo de seis meses, comprendidos en el primer trimestre (enero - junio) del 2024.

1.5.2. Justificación

La atención médica es un proceso social. Al disecar la relación médico-paciente, podemos ver que es esencialmente el intercambio de información entre dos individuos desconocidos. El paciente comparte su malestar con el médico, y el médico le indica cómo aliviar, o, en el mejor de los casos, curar ese malestar. El paciente confía que el médico tiene su mejor interés en mente, y lo demuestra al dejarse examinar y tratar por un desconocido. El médico confía que el paciente no está mintiendo sobre su malestar, y lo demuestra al orientar su diagnóstico y tratamiento en base a las palabras de un desconocido. Es una relación temporal, que en ocasiones no supera los quince minutos de conversación, pero está basado, de principio a fin, en el intercambio de información y la confianza. Incluso la ejecución del tratamiento se desarrolla dentro del marco de esta relación social, donde las indicaciones médicas son transmitidas verbalmente y por escrito, y el paciente sigue las instrucciones. En este proceso, el idioma no es solo una herramienta, sino el componente más importante de la atención médica. Ahora bien, ¿Qué ocurre cuando los dos actores de este proceso social no comparten el mismo idioma?

La relevancia de esta investigación se destaca al reconocer y analizar las barreras lingüísticas en este contexto médico-social. El enfoque en médicos del Centro de Salud Caranqui y el Centro de Salud Quichiche no es fortuito. Se basa en el conocimiento de que estos médicos tienen experiencia en tratar con pacientes indígenas y experimentan la presencia de una barrera lingüística durante su labor. La limitación a dos centros de salud permitirá realizar un análisis a profundidad de los datos que resulten de las encuestas. La elección de estudiar estas comunidades específicas es un paso consciente hacia una comprensión de cómo estas barreras

afectan a un grupo demográfico particular, proporcionando una visión más completa de la complejidad de la atención médica en estas áreas.

En este sentido, la investigación busca no solo arrojar luz sobre las barreras lingüísticas, sino también ofrecer una plataforma para la adopción de políticas interculturales en la atención en salud a futuro. La falta de comprensión mutua debido a las barreras lingüísticas puede llevar a malentendidos en el diagnóstico, tratamientos inadecuados y una menor adherencia a las indicaciones médicas. La investigación aspira a proporcionar evidencia concreta para respaldar la realidad de los servicios de salud en comunidades indígenas.

Al reconocer estas barreras lingüísticas, se busca fortalecer la relación médico-paciente y, en última instancia, mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud. Al considerar la diversidad lingüística y cultural, la investigación se alinea con la aspiración de un sistema de atención médica más inclusivo y sensible a las particularidades de cada comunidad. La humanización de la atención médica, a través del reconocimiento y superación de barreras lingüísticas, se presenta como un camino esencial para construir un sistema de salud que atienda verdaderamente las necesidades de todos los individuos, independientemente de su lengua materna o trasfondo cultural.

1.5.3. Situación actual

La situación actual en Imbabura, Ecuador, revela un escenario complejo en el ámbito de la atención médica, marcado por las barreras lingüísticas que enfrentan los indígenas de comunidades como Naranjal y Gualsaqui. La coexistencia de lenguas indígenas y el español ha generado desafíos significativos en la comunicación entre los pacientes indígenas y los médicos hispanohablantes. Este dilema se intensifica entre los adultos mayores, quienes, en muchos casos, presentan una menor fluidez en el español y enfrentan dificultades adicionales al acceder y comprender la información médica escrita en este idioma.

La falta de comprensión mutua, exacerbada por las barreras lingüísticas, contribuye a malentendidos en el diagnóstico, tratamientos menos efectivos y una menor

adherencia a las indicaciones médicas. La presencia de documentos de salud redactados en español actúa como un obstáculo adicional, dificultando la interpretación precisa de las instrucciones médicas y la información sobre salud. Además, se observa un desequilibrio entre la medicina occidental y ancestral, donde muchos practicantes de la medicina tradicional indígena sienten que carecen de reconocimiento en el sistema de salud nacional.

Ante esta realidad, la investigación propuesta adquiere una importancia crítica al poner de manifiesto la necesidad de abordar las barreras lingüísticas en la atención médica. Busca no solo comprender los desafíos específicos que surgen en las comunidades abordadas, sino también proporcionar una base sólida para la implementación de estrategias que mejoren la calidad de la atención médica y fomenten la inclusión de las prácticas de medicina ancestral en el sistema de salud nacional. La investigación, guiada por la premisa de que la atención médica es inherentemente una relación social, aspira a construir puentes lingüísticos y culturales para fortalecer esa conexión fundamental entre médico y paciente, abogando así por un sistema de salud intercultural más equitativo y centrado en la humanidad.

1.6 Plan de actividades

Actividades	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
CAPÍTULO 1 Introducción Descripción del problema Pregunta de investigación Identificación del objeto de estudio Planteamiento del problema Delimitación Justificación Plan de actividades					
CAPÍTULO 2 Objetivo general Objetivo específico Hipótesis					
CAPÍTULO 3 Marco teórico Marco referencial Marco conceptual					
CAPÍTULO 4 Diseño del estudio Obtención y análisis de la información Resultados Discusión Propuesta de solución Plan de actividades Monitoreo y evaluación Conclusiones Bibliografía y anexos					

Capítulo 2 - Objetivos

2.1. Objetivo general

Identificar la percepción de médicos del Centro de Salud Caranqui y el Centro de Salud Quichiche respecto a las barreras lingüísticas en la atención médica brindada a pacientes indígenas de dos comunidades de Imbabura en el año 2024.

2.2. Objetivos específicos

1. Determinar la percepción sobre las barreras lingüísticas en el personal de salud que atiende a pacientes de las comunidades de Naranjal y Gualsaqui.
2. Identificar la apertura que existe por parte de personal de salud hacia políticas de sensibilidad intercultural y el uso de material educativo bilingüe

2.3. Hipótesis

Las hipótesis planteadas para el desarrollo de la siguiente investigación son:

- **Ho:** el personal de salud del Centro de Salud Caranqui y el Centro de Salud Quichiche no sienten que existe una barrera lingüística en la atención en salud a pacientes indígenas.
- **H1:** el personal de salud del Centro de Salud Caranqui y el Centro de Salud Quichiche está consciente de la existencia de una barrera lingüística en la atención en salud a pacientes indígenas.

Capítulo 3 - Marco teórico

3.1. Marco referencial

Para comprender plenamente el contexto en el que se desarrollará la investigación sobre las barreras lingüísticas en la atención médica en dos comunidades de Imbabura, Ecuador, es crucial explorar la rica historia de la región, caracterizada por una amalgama de culturas y experiencias. El pasado colonial del Ecuador dejó una impronta profunda en la composición étnica y cultural del país, estableciendo un sistema que marginó y desfavoreció a las poblaciones indígenas.

Durante siglos, las minorías étnicas, especialmente las comunidades indígenas, experimentaron una marginación sistémica que les negaba la participación equitativa en los aspectos fundamentales de la sociedad, incluido el acceso a la educación y la atención médica. Este legado colonial dejó secuelas significativas en la representación y participación de las poblaciones indígenas en la vida social y política del Ecuador.

En este contexto, el español se consolidó como el idioma dominante y exclusivo de la vida cotidiana. Esta imposición lingüística no sólo representó una herramienta de poder y control, sino que también contribuyó a la desvalorización y pérdida de las lenguas indígenas autóctonas, como el kichwa. Generaciones enteras de indígenas se vieron privadas de su lengua materna y, por ende, de la riqueza cultural y el conocimiento que ella encierra.

Recientemente, ha habido un resurgimiento en los esfuerzos para rescatar y preservar las lenguas indígenas, reconociendo la importancia vital de estas para la identidad cultural y la comunicación efectiva. Sin embargo, este renacimiento llega tarde para muchas generaciones antiguas que se perdieron de los beneficios de preservar su idioma. La falta de fluidez en el español, especialmente entre los adultos mayores indígenas, persiste como un recordatorio tangible de las barreras históricas impuestas, ahora manifestadas en el ámbito de la atención médica.

Esta realidad histórica establece el telón de fondo para la investigación propuesta, ubicándola en un contexto donde las barreras lingüísticas no solo son obstáculos contemporáneos sino también manifestaciones palpables de un pasado de discriminación y despojo cultural. La exploración de este marco referencial enriquece la comprensión de las complejidades presentes en la atención médica en Imbabura, proporcionando un contexto histórico que subraya la urgencia y relevancia de abordar estas barreras para construir un sistema de salud más inclusivo y respetuoso de la diversidad cultural y lingüística.

En cuanto a la descripción etno-geográfica de las dos áreas de interés:

1. **Centro de Salud Caranqui:** ubicado en la provincia Imbabura, cantón Ibarra, parroquia Caranqui. La población de todo el cantón Ibarra es de 181,175 personas, de las cuales 16,007 (8.84%) son indígenas¹. La parroquia Caranqui lleva el nombre del pueblo indígena que habita en ella.
2. **Gualsaqui:** provincia Imbabura, cantón Otavalo, parroquia Otavalo. La población total del cantón Otavalo es de 125,785 personas, de las cuales 72,092 (57.24%) son indígenas otavalo².

3.2. Marco referencial

La investigación sobre las barreras lingüísticas en la atención médica, particularmente en contextos interculturales como el de Imbabura, se nutre de diversas perspectivas teóricas y estudios previos. A continuación, se presentan tres autores cuyas ideas y contribuciones han dejado una marca significativa en temas relacionados con la salud intercultural, el acceso a la atención médica para comunidades indígenas, y la búsqueda de igualdad y buen trato en la prestación de servicios de salud.

1. **Erica James (2008):** En su obra "*The Intercultural Health Centre: Opening a Dialogue between Medical Anthropology and Medicine*", James aborda la importancia de establecer un diálogo efectivo entre la antropología médica y

¹ Plan de desarrollo para los pueblos y nacionalidades del cantón Ibarra. (2015). GAD Municipal de Ibarra. Recuperado 12 de enero de 2024, de

<https://www.ibarra.gob.ec/site/docs/anillovia/plan-de-pueblos-indigenas.pdf>

² Datos generales del cantón. (s. f.). Alcaldía Ciudadana de Otavalo.

<http://www.otavalo.gob.ec/web/datos-generales/>

la medicina convencional. Destaca la necesidad de comprender las perspectivas culturales y lingüísticas de los pacientes para mejorar la calidad de la atención médica, especialmente en contextos donde existen comunidades indígenas. Propone que la atención médica debe adaptarse a las necesidades culturales y lingüísticas de los pacientes, reconociendo la diversidad como un factor clave para el buen trato y la equidad en la salud.

2. **Edward Hall (1959)**: Aunque su trabajo principal, *"The Silent Language"*, se centra en la comunicación no verbal, Hall también aporta valiosas ideas al campo de la salud intercultural. Su concepto de "alto contexto" y "bajo contexto" en la comunicación es relevante para comprender cómo las diferencias culturales y lingüísticas pueden influir en la interpretación de mensajes en el ámbito médico. En entornos interculturales, las barreras lingüísticas pueden ser particularmente desafiantes, y la comprensión de estos contextos ayuda a mejorar la comunicación y la atención médica.
3. **Anne-Emanuelle Birn, Yogan Pillay, y Timothy H. Holtz (2009)**: En su obra *"Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World"*, los autores exploran los desafíos y oportunidades en la prestación de servicios de salud en contextos diversos. Abogan por un enfoque de salud global que reconozca y respete las diferencias culturales y lingüísticas. Destacan la importancia de la adaptación cultural y lingüística de los servicios de salud para garantizar la accesibilidad y la equidad. Su trabajo resuena en la investigación propuesta, que busca abordar las barreras lingüísticas en la atención médica para mejorar la calidad y equidad en la salud de comunidades indígenas en Imbabura.

Estos autores brindan perspectivas valiosas que enriquecen el marco referencial de la investigación, aportando a la comprensión de cómo abordar las barreras lingüísticas en la atención médica desde una perspectiva intercultural y global. Sus ideas fundamentales sobre adaptación cultural, diálogo efectivo y reconocimiento de la diversidad cultural y lingüística son fundamentales para el diseño de estrategias que mejoren la accesibilidad y calidad de la atención médica en contextos como el de Imbabura.

3.3. Marco conceptual

1. **Barreras Lingüísticas:** Se refiere a las dificultades en la comunicación que surgen debido a la diversidad de idiomas presentes en una comunidad. En este contexto, estas barreras pueden manifestarse tanto en la interacción verbal durante la atención médica como en la interpretación de documentos escritos, como instrucciones médicas y material informativo de salud.
2. **Calidad de la Atención Médica:** Engloba la eficiencia y eficacia de los servicios de salud proporcionados, considerando la satisfacción del paciente, la precisión del diagnóstico, la adecuación del tratamiento y la adherencia a las indicaciones médicas. Las barreras lingüísticas pueden influir directamente en la calidad de la atención médica al afectar la comprensión y la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud.
3. **Comunidades Indígenas:** Hace referencia a grupos étnicos con identidades culturales distintivas, que han mantenido tradiciones, lenguas y modos de vida específicos. En el contexto de la investigación, se centra particularmente en las comunidades indígenas de Naranjal y Gualsaqui en Imbabura, Ecuador, donde la diversidad lingüística añade complejidad a la atención médica.
4. **Diversidad Lingüística:** Se refiere a la coexistencia de diferentes lenguas en una determinada área geográfica o comunidad. En el caso de Imbabura, la diversidad lingüística abarca tanto las lenguas indígenas, como el Kichwa, como el español.
5. **Equidad en el Acceso a la Atención Médica:** Busca garantizar que todos los individuos, independientemente de su lengua materna o trasfondo cultural, tengan un acceso igualitario a los servicios de salud. Las barreras lingüísticas pueden generar desigualdades en este acceso, afectando principalmente a las poblaciones indígenas.
6. **Medicina Ancestral:** Hace referencia a las prácticas y conocimientos tradicionales de salud transmitidos de generación en generación dentro de comunidades indígenas. Su reconocimiento y respeto dentro del sistema de salud nacional son elementos cruciales para abordar las barreras lingüísticas.
7. **Relación Médico-Paciente:** Constituye la base de la atención médica y se fundamenta en la comunicación efectiva, la confianza mutua y el

entendimiento. Las barreras lingüísticas impactan directamente en esta relación, influyendo en la comprensión y la colaboración entre el médico y el paciente.

Este marco conceptual proporciona claridad y coherencia a los términos clave utilizados en la definición del problema, estableciendo una base común que facilita la comunicación entre investigadores y usuarios de la investigación. Además, delimita con precisión los alcances de la investigación al definir claramente cada concepto, mejorando así la validación y la comprensión de la postura del investigador.

Capítulo 4 - Aplicación metodológica

4.1. Diseño del estudio

Se ha seleccionado un diseño de estudio cuantitativo con análisis cualitativo. Este enfoque combina la recolección de datos cuantificables mediante una encuesta dirigida a médicos con un análisis cualitativo de las respuestas proporcionadas. La elección de este diseño se fundamenta en la necesidad de obtener información cuantitativa para evaluar percepciones generales y patrones, mientras que el análisis cualitativo permitirá profundizar en las experiencias individuales y enriquecer la comprensión del fenómeno de las barreras lingüísticas en la atención médica a pacientes indígenas en Imbabura.

4.1.1. Operacionalización de variables

- **Variable independiente:** Presencia de barreras lingüísticas en la atención médica.
- **Variable dependiente:** Percepción de médicos sobre las barreras lingüísticas y su impacto.
- **Variable de control:** Experiencia laboral, formación en comunicación intercultural, frecuencia de enfrentarse a barreras lingüísticas.

La operacionalización de estas variables implica la cuantificación de respuestas a preguntas específicas en la encuesta, permitiendo así analizar estadísticamente las percepciones de los médicos.

4.1.2. Universo y muestra

El universo de este estudio son los médicos que laboran en el Centro de Salud Caranqui y el Centro de Salud Quichiche en Imbabura, Ecuador. La muestra incluirá a médicos especialistas, médicos generales, médicos rurales y estudiantes de medicina que se encuentren rotando en estos centros durante su último año de formación al momento de la investigación. La selección de estos dos centros de

salud se basa en su ubicación estratégica para brindar atención a comunidades indígenas, facilitando la obtención de datos relevantes para el estudio.

4.2. Materiales y métodos

El instrumento central de esta investigación es una encuesta estructurada que aborda aspectos demográficos y profesionales, experiencias de comunicación con pacientes indígenas, y perspectivas sobre recursos y estrategias de mejora. El diseño del instrumento asegura preguntas claras y específicas para obtener datos cuantificables y cualitativos.

Tabla 1: Encuesta sobre comunicación intercultural para médicos³
<p>1. Información demográfica y profesional:</p> <ul style="list-style-type: none">a. ¿Cuál es su rol o cargo dentro del centro de salud?b. ¿Ha trabajado con pacientes indígenas con limitada comunicación en español?c. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con esta comunidad?d. ¿Ha recibido formación en comunicación intercultural?e. ¿Con qué frecuencia se enfrenta a barreras lingüísticas al atender a pacientes?
<p>2. Experiencia de comunicación con pacientes indígenas:</p> <ul style="list-style-type: none">a. ¿Ha notado dificultades de comunicación con pacientes que hablan kichwa? ¿Cuáles?b. ¿Ha experimentado situaciones en las que la falta de entendimiento del idioma haya afectado la atención médica que brinda?c. ¿Cree que existe una brecha cultural que dificulta la comunicación efectiva con pacientes Kichwa-hablantes?d. ¿Ha recibido retroalimentación por parte de los pacientes Kichwa sobre la comunicación durante las consultas?
<p>3. Recursos y estrategias de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none">a. ¿Qué recursos o herramientas considera útiles para mejorar la comunicación con pacientes indígenas?b. ¿Considera que los médicos deberían conocer algunas palabras en el idioma de la población que atiende? Ejemplo: <i>molestias, dónde, desde cuándo, pastilla, mañana, tarde, noche, con comidas, vuelva en un mes</i>, etc.c. ¿Considera útil entregar información médica por escrito en Kichwa o en español? ¿Por qué?

³ Autor: elaboración propia

d. ¿Ha implementado alguna estrategia específica para superar las barreras lingüísticas en su práctica profesional?

4. Perspectiva personal:

- a. ¿Cómo describiría su disposición para mejorar la comunicación intercultural en el entorno de atención médica?
- b. ¿Tiene alguna sugerencia adicional para fortalecer la comunicación y la atención médica para pacientes indígenas?

El diseño de esta encuesta permitirá profundizar en la comprensión de la comunicación intercultural entre médicos y pacientes indígenas que hablan kichwa, abarcando desde información demográfica y profesional hasta experiencias, recursos, estrategias de mejora y perspectivas personales. Cada sección ha sido cuidadosamente estructurada para evaluar tanto las dificultades como las estrategias efectivas para superar las barreras lingüísticas y culturales, apoyándose en la literatura existente para garantizar su validez y aplicabilidad en entornos de salud con presencia significativa de poblaciones indígenas. Ejemplos de estudios similares, como "*Communication in Healthcare for Indigenous People: A Literature Review*" y "*Language Barriers in Health Care: A Review of the Impact on Mutual Trust*", respaldan la metodología y el enfoque adoptados, subrayando la importancia de esta investigación para mejorar la calidad de la atención médica.

La encuesta es un instrumento valioso para identificar tanto las necesidades específicas en la comunicación intercultural como las estrategias de mejora, basándose en la experiencia directa de los médicos. Su estructura permite recoger información detallada sobre la dinámica de la comunicación con pacientes kichwa-hablantes y ayudará a detectar y caracterizar la magnitud del problema, para así proponer soluciones prácticas para facilitar una comunicación intercultural eficiente y efectiva.

4.3. Obtención y análisis de la información

La obtención de datos se realizará a través de encuestas electrónicas enviadas a los médicos identificados en el universo de estudio. La elección del formato

electrónico facilita la recolección eficiente y rápida de datos, permitiendo también la inclusión de preguntas abiertas para obtener información cualitativa.

El análisis cuantitativo se llevará a cabo mediante técnicas estadísticas descriptivas, como frecuencias y porcentajes, para examinar patrones y tendencias generales en las respuestas. El análisis cualitativo implicará la categorización y codificación de las respuestas abiertas, utilizando técnicas de análisis de contenido para identificar temas emergentes y patrones en las experiencias narradas por los médicos.

Este enfoque mixto garantizará una comprensión integral de las percepciones de los médicos sobre las barreras lingüísticas, permitiendo así la formulación de recomendaciones y estrategias específicas para mejorar la atención médica a pacientes indígenas en Imbabura.

4.3.1. Discusión

La literatura en torno a la temática de atención en salud a comunidades marginadas, poblaciones indígenas, y comunicación intercultural en salud es extensa y variada. Destacan 5 estudios relevantes que abordan la temática desde diferentes perspectivas, pero todas tienen aplicaciones valiosas para la investigación en cuestión.

1. "Intercultural Health Practices: Towards an Equal Recognition Between Indigenous Medicine and Biomedicine?"

Este estudio analiza la relación entre la medicina indígena y la biomedicina, destacando la importancia del reconocimiento mutuo y el respeto en los contextos de salud intercultural. Propone la integración de prácticas de salud indígenas en los sistemas de salud oficiales como una estrategia para mejorar el acceso y la calidad de la atención médica en comunidades indígenas. Este enfoque no solo fomenta una mayor equidad en la atención sanitaria sino que también valora el conocimiento ancestral.

2. "Barriers and Mitigating Strategies to Healthcare Access in Indigenous Communities of Canada: A Narrative Review"

Este artículo investiga las barreras específicas que enfrentan las poblaciones indígenas en Canadá para acceder a servicios de salud, incluyendo barreras lingüísticas, geográficas, y culturales. Destaca la necesidad de servicios de salud culturalmente adaptados y la importancia de incluir a las comunidades indígenas en el diseño y ejecución de programas de salud para superar estas barreras.

3. "Improving Healthcare Access and Outcomes for Maori Through Mobile Health Initiatives"

Focalizado en la población Maorí de Nueva Zelanda, este estudio explora cómo las iniciativas de salud móvil pueden mejorar el acceso y los resultados de salud para las comunidades indígenas. La tecnología móvil se presenta como un medio efectivo para superar algunas barreras de acceso, ofreciendo servicios de salud adaptados culturalmente que pueden llegar a comunidades remotas o marginadas.

4. "Healthcare and Health Problems from the Perspective of Indigenous Population of the Peruvian Amazon: A Qualitative Study"

Este estudio se centra en la Amazonía peruana y examina cómo las barreras lingüísticas impactan en el acceso a la atención médica entre las comunidades indígenas. Resalta la escasez de intérpretes y material médico en lenguas indígenas, proponiendo la capacitación de personal médico en lenguas locales y el desarrollo de materiales bilingües como soluciones clave.

5. "Cultural competency in the delivery of health services for Indigenous people"

Analiza la competencia cultural en el contexto de la atención sanitaria australiana, identificando los desafíos específicos que enfrentan las comunidades aborígenes. Propone soluciones como la educación en competencia cultural para los profesionales de la salud y la incorporación de mediadores culturales en los equipos de salud para facilitar una mejor comunicación y entendimiento entre los proveedores de salud y las comunidades indígenas.

Estos estudios subrayan la importancia de abordar las barreras lingüísticas y culturales para mejorar el acceso y la calidad de la atención médica en comunidades indígenas y marginadas. A través de estrategias como la integración de la medicina indígena con la biomedicina, el desarrollo de iniciativas de salud móvil, la capacitación en lenguas indígenas, y la educación en competencia cultural, es posible avanzar hacia sistemas de salud más inclusivos y equitativos. La colaboración con las comunidades indígenas en el diseño y ejecución de estas estrategias es crucial para su éxito y sostenibilidad.

5. Propuesta de solución

Para mejorar la calidad de la atención médica en los Centros de Salud de Caranqui y Quichiche y facilitar un entorno de atención intercultural y bilingüe, se propone un conjunto de estrategias enfocadas en la integración del kichwa como herramienta de comunicación efectiva entre médicos y pacientes indígenas. Una de las estrategias clave es el desarrollo de un programa de capacitación en kichwa para el personal médico, que incluiría un curso intensivo enfocado en el vocabulario médico y situaciones clínicas. La estructura lingüística del kichwa brinda una oportunidad única para facilitar la implementación de esta estrategia.

El kichwa, por su naturaleza de lengua aglutinante, su inclusión de préstamos léxicos del español y su alta regularidad gramatical, ofrece ventajas significativas para el aprendizaje por parte de hablantes de español, lo cual implica que los médicos podrían adquirir conocimientos básicos de este idioma de manera relativamente fácil y rápida. La aglutinación facilita entender la formación de palabras y expresiones con una base de vocabulario reducida, los préstamos léxicos disminuyen la barrera de palabras completamente nuevas, y la regularidad gramatical reduce la necesidad de memorizar excepciones. Esto significa que, para los médicos, aprender kichwa básico para la comunicación con pacientes indígenas sería un proceso eficiente, aprovechando la similitud estructural y léxica con el español, lo que les permitiría mejorar significativamente la atención médica y la relación con estos pacientes al superar las barreras lingüísticas y culturales.

Además, se sugiere la creación y distribución de materiales educativos bilingües para pacientes y personal médico, que incluya folletos sobre prevención de enfermedades y guías de autocuidado, utilizando tecnologías de traducción para asegurar la accesibilidad y comprensión de estos materiales. Otro aspecto importante de la propuesta es la integración de prácticas de medicina ancestral con enfoques biomédicos, promoviendo talleres y seminarios que faciliten el intercambio de conocimientos entre médicos y curanderos o parteras indígenas.

Es crucial establecer mecanismos de seguimiento y evaluación del programa, recogiendo feedback de pacientes y personal médico para realizar ajustes y mejoras continuas. Este enfoque no solo busca superar las barreras lingüísticas sino también promover un modelo de salud más inclusivo y respetuoso de la diversidad cultural y lingüística de la población indígena en Imbabura, contribuyendo a una mayor eficacia en los tratamientos y a un aumento en la satisfacción y confianza de los pacientes hacia el sistema de salud. La implementación de estas estrategias requiere un compromiso firme por parte de las autoridades de salud, así como la colaboración entre comunidades indígenas, organizaciones no gubernamentales y otros actores relevantes para garantizar un impacto significativo y sostenible.

6. Planificación

El siguiente plan de trabajo se basa en un cronograma tentativo y un presupuesto estimado para la investigación sobre las barreras lingüísticas en la atención médica a pacientes indígenas en Imbabura.

6.1. Plan de trabajo

- **Prueba de piloto y cambios a la encuesta:**
 - Revisión de las preguntas de la encuesta.
 - Prueba piloto de la encuesta en un pequeño grupo de médicos para garantizar claridad y relevancia.
 - Ajustes finales al instrumento de recolección de datos.
- **Contacto con los Centros de Salud:**
 - Presentación del proyecto a los directivos de los Centros de Salud Caranqui y Quichinche para obtener permisos y apoyo.
 - Identificación de los médicos elegibles para la encuesta.
- **Recolección de Datos:**
 - Envío de encuestas electrónicas a los médicos identificados.
 - Recordatorios periódicos para maximizar la tasa de respuesta.
- **Análisis de Datos:**
 - Análisis cuantitativo de las respuestas cerradas.
 - Análisis cualitativo de las respuestas abiertas.
- **Elaboración de Informe:**
 - Redacción de resultados, discusión y recomendaciones.
 - Revisión y ajustes del borrador del informe.
- **Diseminación de Resultados:**
 - Presentación de los hallazgos a los stakeholders relevantes (directivos de los centros de salud, comunidad médica, organizaciones de salud pública).

6.2. Cronograma (Enero - Junio 2024)

- **Enero:** Preparación de la encuesta, contacto inicial con los centros de salud.
- **Febrero:** Finalización del diseño de la encuesta, pruebas piloto y ajustes. Obtención de permisos.
- **Marzo:** Inicio de la recolección de datos.
- **Abril:** Continuación de la recolección de datos y comienzo del análisis preliminar.
- **Mayo:** Finalización de la recolección de datos y análisis completo.
- **Junio:** Redacción del informe final y preparación de la presentación de resultados.

6.3 Presupuesto

Concepto	Costo
Traslado del encuestador a los Centros de Salud de Caranqui y Quichiche	\$30 (ida y vuelta)
Laptop para la elaboración de la encuesta e informe (LAPTOP LENOVO V14 G3 14")	\$399.99
Sistema de encuestas (Google Forms)	Gratis
Gestión de datos (Excel)	Gratis
Total	\$429.99

Este presupuesto es una estimación inicial y puede variar según las necesidades específicas del proyecto y los costos reales de los servicios y materiales necesarios. Se recomienda incluir un margen para imprevistos.

7. Conclusiones

La comunicación eficaz entre médicos y pacientes es fundamental para garantizar una atención de calidad. Sin embargo, las barreras lingüísticas pueden socavar esta interacción esencial, especialmente en contextos multiculturales donde la población indígena se encuentra con frecuencia en desventaja. Estas barreras no solo dificultan la comprensión mutua sino que también impactan negativamente en la calidad de la atención médica, la comprensión de las instrucciones médicas, el seguimiento de tratamientos y, por ende, en la salud y bienestar general de los pacientes indígenas.

Como bien señaló la Organización Mundial de la Salud, "La mejor medicina es la preventiva" (OMS, 2021), y es imposible concebir una estrategia preventiva sin una educación y comunicación efectivas. Esta premisa es particularmente relevante en el contexto de la salud intercultural, donde la diferencia de idiomas puede ser un obstáculo significativo.

El kichwa, con su estructura lingüística que comparte ciertas similitudes con el español, representa una oportunidad invaluable para mejorar la comunicación intercultural en el ámbito de la salud. Aprender un par de palabras en este idioma, que es tanto fonéticamente accesible para los hispanohablantes como rico en préstamos lingüísticos del español, es una estrategia perfectamente lograda, y un esfuerzo encomendable, por parte de cualquier médico que atienda a comunidades indígenas en el Ecuador.

Un adulto promedio de habla hispana posee entre 20,000 y 30,000 palabras en su vocabulario activo, cifra que se eleva considerablemente cuando hablamos de vocabulario pasivo. Los médicos, por su parte, deben dominar un léxico técnico aún más amplio. Sólo el "*Diccionario Médico de Stedman*" contiene más de 100,000 palabras entre sus páginas. Es verdad que ningún médico va a usar todos esos términos en su práctica diaria, pero este dato sirve para ilustrar la impresionante capacidad humana para aprender nuevos términos y emplearlos con facilidad en su día a día. En este contexto, incorporar un centenar de palabras en kichwa a la educación continua de un médico que atiende a poblaciones indígenas se presenta

no solo como una opción recomendable sino como una necesidad imperante para practicar una medicina verdaderamente universal e intercultural.

Las iniciativas para superar estas barreras lingüísticas y culturales pueden ser variadas y deben ser integradas en el sistema de salud. Los programas de capacitación virtual en kichwa para el personal de salud, adaptados a las necesidades locales y basados en las plataformas digitales ya existentes, son un primer paso esencial. Estos programas no solo deben enfocarse en el vocabulario médico y situaciones clínicas sino también en promover la sensibilidad y el respeto por la diversidad cultural, integrando a las comunidades indígenas y a sus líderes en el proceso.

Desarrollar y distribuir materiales educativos bilingües es otra estrategia clave. Estos materiales, que pueden variar desde folletos y carteles hasta videos educativos, deben ser diseñados para abordar temas de salud relevantes, procedimientos médicos y los derechos de los pacientes, facilitando así una comunicación más efectiva.

Además, establecer políticas de sensibilidad intercultural dentro de los centros de salud puede promover un ambiente de respeto e inclusión. La implementación de estas políticas debe ir acompañada de investigaciones periódicas para monitorear y evaluar la efectividad de las intervenciones, permitiendo ajustes basados en la evidencia para optimizar la calidad de la atención.

En conclusión, abordar las barreras lingüísticas en la atención médica a poblaciones indígenas es esencial para avanzar hacia una atención más inclusiva y respetuosa. La implementación de programas de capacitación en kichwa, el desarrollo de materiales educativos bilingües, y la promoción de políticas de sensibilidad intercultural son pasos fundamentales en este proceso. Al convertir las diferencias culturales en puentes de entendimiento, no sólo se disminuirá la inequidad en salud sino que también se reducirá la carga económica asociada con patologías crónicas fácilmente prevenibles, logrando así un sistema de salud más equitativo y accesible para todos.

8. Bibliografía

1. Bautista E., Vangehuchtenl L., Duquel V. (2017). La atención sanitaria intercultural en Ecuador: un proyecto de investigación para las carreras de medicina y enfermería. SciELO.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000017
2. Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J. G., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K. B., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>
3. Communication in healthcare settings: policy, participation and new technologies. (2010, 23 abril). Wiley.com.
<https://www.wiley.com/en-ie/Communication+in+Healthcare+Settings:+Policy,+Participation+and+New+Technologies-p-9781405198271>
4. Corbett, C. A., & Callister, L. C. (2012). Giving Birth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 37(5), 298–305.
<https://doi.org/10.1097/nmc.0b013e318252ba4d>
5. Criollo-C, S., Lema, M., Gonzalez, M. S., Jaramillo-Alcázar, A., Guerrero-Arias, A., & Luján-Mora, S. (2021). Exploring the Technological Acceptance of a Mobile Learning Tool Used in the Teaching of an Indigenous Language. *PeerJ Computer Science*, 7, 1–27.
<https://doi.org/10.7717/PEERJ-CS.550>
6. Hall, T. D., & Smith, L. T. (2000). Decolonizing Methodologies: research and Indigenous peoples. *Contemporary Sociology*, 29(3), 567.
<https://doi.org/10.2307/2653993>
7. Eckhardt, M., Carljford, S., Faresjö, T., Crespo-Burgos, A., Forsberg, B. C., & Falk, M. (2019). Universal Health Coverage in Marginalized Populations: A Qualitative Evaluation of a Health Reform Implementation in Rural Ecuador. *Inquiry (United States)*, 56. <https://doi.org/10.1177/0046958019880699>
8. Cossío, C. Y. (1991). The implementation of language policy: The case of Ecuador. *International Review of Education*, 37(1), 53–66.
<https://doi.org/10.1007/BF00598167>

9. Llamas, A., & Mayhew, S. (2018). "five hundred years of medicine gone to waste"? Negotiating the implementation of an intercultural health policy in the Ecuadorian Andes. *BMC Public Health*, 18(1), 15–17.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5601-8>
10. Bautista-Valarezo, E., Duque, V., Verdugo Sánchez, A. E., Dávalos-Batallas, V., Michels, N. R. M., Hendrickx, K., & Verhoeven, V. (2020). Towards an indigenous definition of health: An explorative study to understand the indigenous Ecuadorian people's health and illness concepts. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1186/s12939-020-1142-8>
11. Dudte, L. (2021). eGrove The Impact of Intercultural Healthcare on Indigenous Maternal Health and Access to Care in Ecuador.
12. Bautista-Valarezo, E., Espinosa, M. E., Arce Guerrero, N. E., Verhoeven, V., Hendrickx, K., & Michels, N. R. M. (2023). Improving the Management of Children with Fevers by Healers in Native Rural Areas in the South of Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph20053923>
13. Bautista-Valarezo, E., Duque, V., Verhoeven, V., Mejia Chicaiza, J., Hendrickx, K., Maldonado-Rengel, R., & Michels, N. R. M. (2021). Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system: barriers and opportunities. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 21(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12906-021-03234-0>
14. Chee, V. A., Teran, E., Hernandez, I., Wright, L., Izurieta, R., Reina-Ortiz, M., Flores, M., Bejarano, S., Dào, L. U., Baldwin, J., & Martinez-Tyson, D. (2019). 'Desculturización,' urbanization, and nutrition transition among urban Kichwas Indigenous communities residing in the Andes highlands of Ecuador. *Public Health*, 176(xxxx), 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.07.015>
15. Kleinheksel, A. J., Tawfik, H., Wyatt, T. R., & Winston, N. R. (2020). Ac ce A pt JP ed E ft. *American Journal of Pharmaceutical Education*, January, 1–21.
16. Walrod, J., Seccareccia, E., Sarmiento, I., Pimentel, J. P., Misra, S., Morales, J., Doucet, A., & Andersson, N. (2018). Community factors associated with stunting, overweight and food insecurity: A community-based mixed-method

- study in four Andean indigenous communities in Ecuador. *BMJ Open*, 8(7), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020760>
17. Cherrez-Ojeda, I., Vanegas, E., Felix, M., Mata, V. L., Jiménez, F. M., Sanchez, M., Simancas-Racines, D., Cherrez, S., Gavilanes, A. W. D., Eschrich, J., & Chedraui, P. (2020). Frequency of use, perceptions and barriers of information and communication technologies among latin american physicians: An ecuadorian cross-sectional study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 259–269. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S246253>
 18. Patterson, N. M., Bates, B. R., Chadwick, A. E., Nieto-Sanchez, C., & Grijalva, M. J. (2018). Using the health belief model to identify communication opportunities to prevent Chagas disease in Southern Ecuador. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 12(9), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006841>
 19. Carpio-Arias, T. V., Verdezoto, N., Guijarro-Garvi, M., Abril-Ulloa, V., Mackintosh, N., Eslambolchilar, P., & Ruíz-Cantero, M. T. (2022). Healthcare professionals' experiences and perceptions regarding health care of indigenous pregnant women in Ecuador. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04432-5>
 20. Price, M. D., Shalabi, H. T., Guzhñay, B., Shalabi, S. T., Price, R. R., & Rodas, E. B. (2017). Patient Perspectives on Barriers to Surgical Care and the Impact of Mobile Surgery in Ecuador. *World Journal of Surgery*, 41(10), 2417–2422. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4056-x>
 21. Brusnahan, A., Carrasco-Tenezaca, M., Bates, B. R., Roche, R., & Grijalva, M. J. (2022). Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01660-1>
 22. Indigenous Health and Wellbeing: the importance of country. (2009b, abril 30). AIATSIS. <https://aiatsis.gov.au/publication/35427>
 23. Kar, S. B., Alcalay, R., & Alex, S. (2001). Health Communication: a multicultural perspective. En SAGE Publications, Inc. eBooks. <https://doi.org/10.4135/9781452220628>

24. Saha, S., & Fernández, A. (2007). Language barriers in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(S2), 281-282.
<https://doi.org/10.1007/s11606-007-0373-3>
25. The Uni Tutor. (s. f.). Essay on Effective Communication in Indigenous Healthcare Delivery.
<https://www.theunitutor.com/effective-communication-indigenous-healthcare-delivery/>
26. Torri M. C. (2012). Intercultural health practices: towards an equal recognition between indigenous medicine and biomedicine? A case study from Chile. *Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy*, 20(1), 31–49. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0170-3>
27. Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K., & Chan, C. B. (2020). Barriers and Mitigating Strategies to Healthcare Access in Indigenous Communities of Canada: A Narrative Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(2), 112. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020112>
28. Ellison-Loschmann, L., & Pearce, N. (2006). Improving access to health care among New Zealand's Maori population. *American journal of public health*, 96(4), 612–617. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.070680>
29. Badanta, B., Lucchetti, G., Barrientos-Trigo, S., Fernández-García, E., Tarriño-Concejero, L., Vega-Escañó, J., & de Diego-Cordero, R. (2020). Healthcare and Health Problems from the Perspective of Indigenous Population of the Peruvian Amazon: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7728.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217728>
30. Roxanne Bainbridge, Janya McCalman, Anton Clifford and Komla Tsey (for the Closing the Gap Clearinghouse). (2015). Cultural competency in the delivery of health services for Indigenous people. Canberra: AIHW. doi:10.25816/5ec4ba84d1241