

## Perspectiva actual de usuarios, médicos y curanderos sobre la práctica de la medicina ancestral andina en Cuenca, Ecuador.

Valeria Estefanía Quinche Guillén\*, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (Ecuador),  
valeriaeqgl@hotmail.com

Danilo Esteban Garzón López, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (Ecuador),  
danilo.gl2508@gmail.com

David Ricardo Achig Balarezo, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (Ecuador),  
david.achig@ucuenca.edu.ec

Adriana Monserrath Orellana Paucar, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (Ecuador),  
adriana.orellanap@ucuenca.edu.ec

\*Speaker: Valeria Estefanía Quinche Guillén

### RESUMEN

**Antecedentes.** En la cosmovisión andina, el concepto de salud está asociado al equilibrio energético interno del hombre y externo con los otros seres de la naturaleza. Adicionalmente, la fuerte influencia de la religión católica, heredada de España, generó un sincretismo manifestado en la introducción de símbolos y objetos cristianos en la práctica médica andina. En este contexto, la medicina ancestral posee no solamente un carácter cultural sino también religioso (1). Sin embargo, la globalización y la migración pueden influenciar sobre una posible carencia de conocimiento y ausencia de identificación cultural de las nuevas generaciones respecto a los saberes y prácticas de la medicina ancestral andina (2).

En 1992, la Organización Panamericana de la Salud socializó la iniciativa de “Salud de los Pueblos Indígenas” cuyo objetivo principal fue la promoción de una transformación en los Sistemas de Salud, incluyendo la medicina ancestral, sus perspectivas y procedimientos terapéuticos dentro de la Atención Primaria de Salud (APS) (3). Esta propuesta evidenció la necesidad de estudios que corroboren los conocimientos ancestrales, su eficacia, limitaciones y posibles interacciones, además de la búsqueda de consensos entre los sistemas médicos occidental y ancestral, manteniendo a la vez, armonía y cooperación entre los actores (4). En el 2008, Ecuador aprobó una nueva constitución cuyos pilares básicos fueron la interculturalidad y la equidad de género y generacional. A partir de junio del 2010, el país adoptó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como un conjunto de acciones y

políticas que buscan conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud (5). Desde entonces se han desarrollado estrategias para clarificar los conceptos de medicina ancestral y para proponer políticas interculturales de salud (6).

Así, la perspectiva actual sobre el uso de la medicina ancestral en el ejercicio de atención en salud es un fenómeno que va más allá de lo exclusivamente étnico pues implica comprender la diversidad generacional, cultural, económica y social del ser humano y reconocer su influencia al momento de optar por esta alternativa terapéutica en nuestro país.

**Objetivo general.** Describir la perspectiva actual de los usuarios, curanderos y médicos sobre la práctica de la medicina ancestral andina en el cantón Cuenca, Ecuador.

**Metodología.** Estudio cualitativo con diseño fenomenológico. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo por conveniencia. La información se recolectó mediante la ejecución de tres grupos focales, dieciocho entrevistas semi-estructuradas y cuatro observaciones no-participativas. Adicionalmente se recolectó la información socio-demográfica de los participantes para situarla en su contexto al momento del análisis. La información referida por los participantes se registró en una grabadora de voz y se transcribió a documentos de Word para su posterior análisis.

Los *grupos focales* se desarrollaron en base a una Guía de Contenidos y contaron con un total de diecisiete participantes: dos curanderos, cinco médicos y diez usuarios de medicina ancestral (dos adultos mayores, dos adultos, seis jóvenes). Se definieron tres tipos de participantes conforme a los siguientes criterios: a) curanderos, quienes practican la medicina ancestral a través de sus conocimientos y experiencias; b) médicos, los profesionales con el título académico correspondiente que laboran dentro del Sistema Oficial de Salud en donde prima el modelo biomédico y la medicina occidental y, c) usuarios, quienes emplean la medicina ancestral para el tratamiento de sus malestares de salud.

Las *entrevistas semi-estructuradas* fueron desarrolladas cara a cara, de manera individual a dieciocho curanderos, en base a un guión de preguntas elaborado a partir de revisión bibliográfica previa.

Las *observaciones no-participativas* se desarrollaron en el lugar propio en el que los curanderos realizan sus prácticas de medicina ancestral, sin modificación del ambiente ordinario en el que se desarrollan las mismas. La información obtenida se registró a través de notas de campo.

**Análisis.** El análisis comprendió la segmentación inicial de los documentos primarios (grupos focales, entrevistas semi-estructuradas y observaciones no participativas) en unidades hermenéuticas de significado. Estas unidades fueron codificadas con la asistencia del software Atlas.ti. tras lo cual se estructuraron categorías y subcategorías determinadas por semejanzas y diferencias de las ideas centrales relatadas por los participantes y de los informes de observación no participativa.

**Confiabilidad.** Los datos primarios obtenidos a través de los grupos focales se contrastaron con los de las entrevistas y observaciones. Este análisis se desarrolló de manera individual por parte de los investigadores. Adicionalmente, un experto en el tema realizó la revisión final del proceso completo de análisis y triangulación.

**Aspectos éticos.** La Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (Ecuador) aprobó su ejecución. La aceptación de la participación se registró a través del consentimiento informado.

**Resultados.** Se identificaron dos categorías principales y las subcategorías correspondientes: a) Medicina Ancestral Andina: uso, efectividad, limitaciones y ventajas; y, b) Integración de la Medicina Ancestral en el Sistema de Salud: semejanzas, diferencias y posibles formas de integración.

**Conclusiones.** El uso de la medicina tradicional predomina en el área rural donde muchas veces constituye la única forma de cobertura de las necesidades sanitarias. En lo referente a su efectividad, se describió la capacidad terapéutica de la medicina ancestral no solamente en relación con las concepciones culturales-mágico-religiosas que la envuelven sino también por los principios terapéuticos que la rigen y los saberes botánicos, zoológicos, ecológicos y tecnológicos que reúne, mismos que inclusive han constituido el fundamento para desarrollar algunos medicamentos occidentales. Por otra parte, la principal limitación de los curanderos para la transmisión del conocimiento ancestral se asocia principalmente a la falta de espacios de diálogo para el rescate de saberes, situación que los aparta de sus comunidades y de las nuevas generaciones. En referencia a las ventajas que ofrece la medicina ancestral se menciona principalmente, el costo accesible por los servicios y el tratamiento prescrito, así como una relación más cercana entre el usuario y el curandero.

**Palabras clave:** curandero, médico, usuarios, medicina ancestral andina, prácticas, perspectiva

## INTRODUCCIÓN

Desde las más antiguas culturas se ha mantenido una conexión, a través del tiempo, con las tradiciones ancestrales, y más puntualmente, con sus conceptos y prácticas relacionados a la salud. Cada sociedad ha creado sus propios modelos, procedimientos y elementos para curar, constituyendo así la medicina ancestral o etnomedicina. La etnomedicina se define como la medicina propia de una cultura o un grupo de personas. Los modelos terapéuticos se construyen en base a las tradiciones y características culturales de los pueblos. Si se alteran las culturas también se modifican las formas de entender la salud y la enfermedad y por ende, la manera de abordarlos podría cambiar (7).

Los practicantes de la medicina ancestral tienen una forma de entender la salud/enfermedad, distinta a la occidental, en concordancia con sus propios valores y tradiciones. *“La desgracia, la enfermedad y la muerte son interpretadas a partir de una representación del mundo y de todo lo que contiene, que explica su existencia y la vida misma”* (8). Así, para comprender sus prácticas de sanación, es necesario entender también su cultura y cosmovisión.

Durante los años 1990 y 2000 surge en Latinoamérica el concepto de salud intercultural. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) describe el término *interculturalidad* como *“las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etéreas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa”*(4). En 1992, la OPS socializó la iniciativa de “Salud de los Pueblos Indígenas” cuyo objetivo principal fue la promoción de una transformación en los Sistemas de Salud, incluyendo la medicina ancestral, sus perspectivas y procedimientos terapéuticos dentro de la Atención Primaria de Salud (APS). Esto implicaba la necesidad de estudios que corroboren los conocimientos ancestrales, su eficacia, limitaciones y posibles interacciones, además de la búsqueda de consensos entre los sistemas médicos y los representantes de la medicina tradicional, manteniendo a la vez, armonía y cooperación entre los actores (4).

En el panorama cotidiano, la medicina ancestral andina constituye una realidad que se debe conocer, respetar y contribuir a su preservación de una manera positiva y creativa. Esto hace evidente la necesidad de realizar estudios que revelen la realidad sobre el uso y prácticas ancestrales, además de fortalecer la formación académica de los miembros del equipo de

salud, a fin de que conozcan y respeten otras cosmovisiones y prácticas en salud a fin de poder integrarlas en un modelo horizontal y equitativo (9).

La población andina-ecuatoriana no es indiferente a la práctica de la medicina tradicional ya que ésta es parte de su identidad cultural. Así, el conocimiento de las perspectivas de los usuarios y de quiénes la practican es el fundamento para una mejor comprensión de sus prácticas y procedimientos en las diversas patologías concebidas desde la perspectiva de la medicina tradicional andina.

En el Ecuador, el conocimiento tradicional relacionado con el uso de la medicina ancestral se ha conservado a lo largo del tiempo a través de la transmisión oral de generación en generación. Adicionalmente, la fuerte influencia de la religión Católica, heredada de España, permitió la presencia de sincretismo manifestado en la introducción de símbolos y objetos cristianos en la práctica médica andina (10).

En el país se han reconocido gran variedad de comunidades indígenas, afro y mestizas, generadoras de una fecunda diversidad cultural cuyas prácticas medicinales ancestrales se han enriquecido gracias a la amplia variedad vegetal. Para muchos pueblos, las relaciones entre el hombre y las plantas representan más que un objeto de estudio científico, es una parte importante de su desarrollo cultural y de su vida diaria (11).

El tema de la pertinencia cultural en el ejercicio de atención en salud es un fenómeno que va más allá de lo exclusivamente étnico pues implica reconocer y comprender la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante al momento de conocer la causa de la enfermedad. El respeto alcanzado para esta diversidad presenta una larga trayectoria mundial. En los países sudamericanos se han propuesto y ejecutado planes para la conservación de sus saberes ancestrales mientras que, en otros países, generalmente desarrollados, las altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural.

En el 2008, el Ecuador aprobó una nueva constitución cuyos pilares básicos fueron la interculturalidad y la equidad de género y generacional. A partir de junio del 2010, el país adopta el Modelo de Atención Integral e Integrado en Salud (MAIS), mismo que prioriza el enfoque intercultural como un pilar de la Atención Primaria de Salud (APS) y enfatiza el seguimiento de actividades propuestas en conjunto con la comunidad. En el Ecuador, este modelo permanece vigente hasta la fecha (6). Desde entonces, en el país se han desarrollado estrategias para clarificar los conceptos de medicina ancestral y proponer políticas

interculturales de salud, útiles en el diseño de los planes y propuestas nacionales que se adapten a las diferentes características culturales, sociales y geográficas del país (6).

Existe gran diversidad de alternativas y tratamientos medicinales, así como de terapeutas tradicionales a más de los médicos facultativos. Esta diversidad genera dificultades prácticas en el Sistema Oficial de Salud ya que, en ocasiones, las creencias de los pacientes interfieren con los procedimientos médicos occidentales. Tal es el caso de la evidencia de una pobre o nula adherencia al tratamiento farmacológico cuando el paciente lo considera nocivo o contrario a sus creencias. Como resultado se genera una limitada cobertura de salud en las áreas rurales, especialmente entre la población indígena. Además, es frecuente observar una deficiente relación médico-paciente ya que en la consulta médica, a diferencia del caso de la medicina ancestral andina, se establecen comúnmente relaciones jerárquicas entre el personal sanitario y el usuario (4). Por ello, en la actualidad se han generado diversas estrategias en salud basadas en la participación intercultural como factor que erradica las barreras sociales y culturales entre los miembros del equipo de salud y los usuarios. Así, es importante que los profesionales de salud conozcan la cultura de sus pacientes, las diversas denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del padecimiento, los procedimientos de sanación y la utilización de herbolaria de la medicina ancestral y otros elementos de la Cosmovisión Andina (12).

Éstas y otras diversas experiencias han favorecido la generación de una serie de debates referidos a temas como la regulación de la medicina tradicional por una entidad, preferentemente gubernamental, instituida con poder legal, que corrobore la eficacia de la medicina ancestral, defienda los derechos de propiedad intelectual relacionados y condene su mala aplicación. Lamentablemente hasta la fecha se ha evidenciado un escaso número de investigaciones científicas enfocadas en la accesibilidad y los costos de las prácticas de la medicina ancestral, en la importancia de la protección de los recursos naturales y los saberes ancestrales así como en los procesos de integración de la medicina ancestral andina en los Sistemas Oficiales de Salud (13).

En este contexto, la ejecución de este proyecto de investigación permitió profundizar y ampliar el conocimiento acerca de las perspectivas de diversos actores: usuarios de diferentes grupos etarios (jóvenes, adultos, adultos mayores), médicos y curanderos sobre las prácticas actuales de la medicina ancestral. Así, los usuarios y los médicos de la región, al conocer y comprender las razones del uso de la medicina ancestral y sus posibles formas de integración

al Sistema Oficial de Salud, son los beneficiarios directos de los resultados obtenidos a través de este estudio.

El estudio se fundamentó en los criterios de la Asamblea General realizada en 1978 sobre APS, la cual reconoció la importancia de la medicina tradicional y la necesidad de integrarla dentro de los Sistemas Oficiales de Salud con la finalidad de alcanzar la meta de “Salud Para Todos”, donde se propusieron áreas temáticas relevantes para investigación en medicina ancestral tales como: a) la clasificación terapéutica en base de criterios científicos, b) el aseguramiento de la calidad de los preparados elaborados con plantas medicinales, c) la validación de su eficacia en tratamientos para diversas enfermedades y, d) el establecimiento de pautas para su uso racional y seguro (14).

Los resultados de la presente investigación tienen claramente este enfoque y aplicación social. Así, este estudio pretende acercar la medicina ancestral a la Academia para su análisis e interpretación desde el método científico en el marco del respeto a sus cosmovisiones, por lo que necesariamente sus resultados deberán ser retroalimentados y socializados dinámicamente con la comunidad.

## **METODOLOGÍA**

El presente estudio es de tipo cualitativo con diseño metodológico fenomenológico. El diseño fenomenológico facilitó la interpretación de la información recolectada evidenciando una relación entre las categorías iniciales y las subcategorías obtenidas a fin de comprender el mundo social desde el punto de vista de los participantes, enfatizando el contexto en el que los eventos ocurrieron y en el que adquirieron su significado.

Los resultados presentan el significado y la comprensión de las perspectivas actuales sobre las prácticas de la medicina ancestral andina en la ciudad de Cuenca, descritas bajo la forma de una narrativa contada por los participantes.

## **ÁREA DE ESTUDIO**

En la región Sierra del Ecuador, se encuentra la ciudad de Cuenca, capital de la provincia del Azuay, misma que cuenta con una población de 417.632 habitantes, de los cuales 331.028 residen en el área urbana y 86.604 en el sector rural (15). Geográficamente se encuentra ubicada a una altura promedio de 2.560 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m), lo cual favorece a la existencia de una amplia diversidad de flora y fauna que beneficia la práctica de

la medicina ancestral andina (16). Tradicionalmente en el cantón Cuenca se encuentra un grupo importante de representantes de la medicina tradicional, quienes ofrecen sus servicios entre los habitantes, independientemente del nivel de instrucción académico, ingreso económico o localidad de residencia (urbana o rural) de los usuarios, principalmente atraídos a este tipo de medicina debido a su larga tradición cultural.

## **SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES**

Los participantes se seleccionaron mediante muestreo por conveniencia. Los grupos focales contaron con un total de 17 participantes; las entrevistas semi-estructuradas, 18 y las observaciones no-participativas, 4. El número de participantes en grupos focales, entrevistas semi-estructuradas y observaciones no-participativas fue suficiente para alcanzar la saturación teórica de la información en este estudio.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Grupos focales.** La realización de los grupos focales se escogió debido a que es el método formal de entrevistar a un grupo de personas y/o participantes sobre un tema de interés, mediante el uso de preguntas abiertas, el entrevistador se enfoca en escuchar y aprender de los participantes. Para su ejecución se definieron tres grupos de participantes (curanderos, médicos y usuarios) conforme a los siguientes criterios:

- Curanderos, quienes practican la medicina ancestral a través de sus conocimientos y experiencias.
- Médicos, los profesionales médicos que laboran dentro del Sistema Oficial de Salud en donde prima el modelo biomédico y la medicina occidental.
- Usuarios, quienes eligen la opción de la medicina ancestral para el tratamiento de sus malestares de salud.

Se realizó un primer grupo focal en el cual participaron dos curanderos, un joven, dos adultos mayores y dos adultos. Debido a que no se contó con la asistencia de médicos en este grupo focal y basándonos en un proceso de muestreo flexible que evoluciona a medida que avanza el estudio, hasta el punto en que se alcanza la saturación de la información, se planificaron dos grupos focales más: uno constituido únicamente por jóvenes (cinco jóvenes) y otro por médicos (cinco médicos). Finalmente, se contó con un total de diecisiete participantes: dos curanderos, cinco médicos, dos adultos mayores, dos adultos y seis jóvenes del cantón Cuenca.

Adicionalmente se recolectó la información socio-demográfica de los participantes (Tabla 1), a fin de conocer las características de los encuestados y situarlas en su contexto al momento de presentar los resultados.

<b>PARTICIPANTE</b>	<b>EDAD (años)</b>	<b>SEXO</b>	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>
Curandera 1	62	Femenino	Primaria
Curandera 2	58	Femenino	Primaria
Médico 1	48	Masculino	Superior
Médico 2	57	Masculino	Superior
Médico 3	67	Masculino	Superior
Médico 4	48	Femenino	Superior
Médico 5	60	Masculino	Superior
Adulto mayor 1	65	Masculino	Primaria
Adulto mayor 2	67	Femenino	Primaria
Adulto 1	56	Masculino	Superior
Adulto 2	55	Femenino	Media
Joven 1	18	Femenino	Básica
Joven 2	20	Masculino	Superior
Joven 3	18	Masculino	Media
Joven 4	18	Femenino	Media
Joven 5	23	Femenino	Superior
Joven 6	21	Femenino	Superior

Tabla 1. Información socio-demográfica de los participantes de los grupos focales.

Al contar con participantes de distintos géneros, edades, estrato social, nivel de instrucción e intereses distintos como es el caso de médicos y curanderos que guardan líneas de salud distintas, se obtuvo información de calidad que fue de gran utilidad para el desarrollo del proyecto sus conclusiones y resultados.

La información referida por los participantes fue registrada en una grabadora de voz. La calidad de la grabación fue óptima lo que permitió la transcripción de la información recolectada de forma verbal a documentos de Word para su posterior análisis.

**Entrevistas semi-estructuradas.** Se entrevistaron a dieciocho curanderos en base a un guión de preguntas construido en base a revisión bibliográfica sobre el tema. Las entrevistas se desarrollaron cara a cara, individualmente.

Sin embargo, una desventaja de las entrevistas está relacionada con las restricciones impuestas por el lenguaje. Las preguntas generalmente limitan las respuestas de los informantes. Estas limitaciones se tomaron en cuenta en el momento del análisis.

La información socio-demográfica de los participantes (Tabla 2) facilitó el análisis de los resultados obtenidos en su contexto específico.

<b>PARTICIPANTE</b>	<b>EDAD (años)</b>	<b>SEXO</b>	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>
Curandera 1	58	Femenino	Ningún
Curandera 2	57	Femenino	Ningún
Curandera 3	39	Femenino	Ningún
Curandera 4	59	Femenino	Ningún
Curandera 5	87	Femenino	Ningún
Curandera 6	51	Femenino	Ningún
Curandera 7	57	Femenino	Primaria
Curandera 8	46	Femenino	Primaria
Curandera 9	55	Femenino	Primaria
Curandera 10	60	Femenino	Primaria
Curandera 11	60	Femenino	Ningún
Curandera 12	71	Femenino	Ningún
Curandera 13	54	Femenino	Ningún
Curandera 14	63	Femenino	Ningún
Curandero 15	64	Masculino	Ningún

Curandera 16	72	Femenino	Ningún
Curandera 17	78	Femenino	Ningún
Curandero 18	37	Masculino	Superior

Tabla 2. Información socio-demográfica de los participantes de las entrevistas semi-estructuradas.

**Observaciones no-participativas.** Se observó a cuatro curanderos en el mismo lugar en el que brindan la atención médica ancestral, sin modificación del ambiente original (mercado o vivienda del curandero). La información colectada se registró a través de notas de campo. Este método de recolección de información es útil ya que se enfoca en el modo en que las actividades e interacciones dentro de un marco dan significado a las creencias o comportamientos. Es coherente con la suposición de que todos en un grupo u organización están influenciados por supuestos o creencias que dan por sentado. Se la considera como el método cualitativo apropiado cuando la situación o tema de interés está oculta o escondida del conocimiento público y hay diferencias entre lo que las personas dicen y lo que hacen. De estas observaciones se logró obtener un contexto de los usuarios que acuden a la medicina ancestral.

La información colectada se interpretó en el contexto de la información socio-demográfica de los participantes (Tabla 3).

<b>PARTICIPANTE</b>	<b>EDAD (años)</b>	<b>SEXO</b>	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>
Curandera 1	58	Femenino	Ningún
Curandera 8	46	Femenino	Primaria
Curandera 10	60	Femenino	Primaria
Curandera 17	78	Femenino	Ningún

Tabla 3. Información socio-demográfica de los participantes de las observaciones no-participativas.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión para los participantes de este estudio fueron:

- Curanderos del cantón Cuenca con más de 5 años de experiencia en la práctica de la medicina andina;

- Médicos del cantón Cuenca con más de 5 años de experiencia profesional;
- Adultos mayores, adultos y jóvenes mayores de edad;
- Aceptación de participación a través de la firma/huella en el Consentimiento Informado.

El criterio de exclusión establecido estuvo dirigido a la:

- Las personas con relación personal o vínculo profesional con los investigadores del proyecto

## **CAPACITACIÓN, ELABORACIÓN DE LAS GUÍAS Y TRABAJO DE CAMPO**

**Socialización del proyecto.** Los investigadores del proyecto socializaron el objetivo y el alcance del estudio a los participantes seleccionados, a fin de conocer su disponibilidad e interés en participar en proyecto.

**Elaboración de la Guía de Contenidos para los grupos focales y entrevistas semi-estructuradas.** Para el desarrollo de los grupos focales y entrevistas semi-estructuradas, los investigadores del proyecto elaboraron una Guía de Contenidos en base a revisión bibliográfica con enfoque en el objetivo del estudio.

**Trabajo de campo.** La información obtenida a partir de las observaciones no participativas se registró en notas de campo. Así mismo, durante la ejecución de los grupos focales y entrevistas semi-estructuradas se registraron en las notas de campo, los detalles del contexto de la recolección de información (lenguaje corporal del entrevistado, incidencias ocurridas en el lugar de la entrevista, grupo focal u observación no participativa).

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Para el análisis de la información recolectada se empleó el programa Atlas.ti como instrumento auxiliar en el análisis de los datos cualitativos, en el cual se introdujeron las entrevistas, observaciones y grupos focales transcritos textualmente a Word.

El análisis comprendió la segmentación inicial de los documentos primarios (grupos focales, entrevistas semi-estructuradas y observaciones) en unidades hermenéuticas de significado, las cuales fueron codificadas buscando ideas que reflejen un mismo significado, deseo o conocimiento. Esta codificación permitió la estructuración de categorías y subcategorías determinadas por semejanzas y diferencias en los relatos de los diferentes participantes hasta alcanzar la saturación de las mismas, para su posterior análisis y discusión.

El análisis inició con dos categorías mayores: 1) Medicina Ancestral Andina y 2) Posibles formas de integración al Sistema Oficial de Salud. De estas categorías surgieron subcategorías relacionadas entre sí, que explicaban múltiples visiones como: definición, preferencias, limitaciones y la propia identificación de los usuarios con la cultura y prácticas de su región. Tales resultados permitieron comprender, explicar y enfatizar las perspectivas sobre las prácticas de la medicina ancestral andina.

Las conclusiones se establecieron en base a los resultados obtenidos por cada categoría y subcategoría, los cuales se encontraban dentro de lo esperado inicialmente, sin embargo, ampliaron la visión inicial. Esta información relacionada con la literatura existente y los conocimientos previos permitieron crear conclusiones generales y otras más específicas, significativas para el proyecto.

### **CONFIABILIDAD**

Una vez completado el análisis del contenido de los grupos focales, los datos primarios obtenidos a través de éstos se contrastaron con los de las entrevistas semi-estructuradas y los de las observaciones.

Este análisis se desarrolló de manera individual por parte de los investigadores. Adicionalmente, un experto en el tema realizó la revisión final del proceso completo de análisis y triangulación.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio se ejecutó de conformidad con los criterios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y con la aprobación de la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Ecuador.

Durante el desarrollo del presente estudio se aplicaron medidas para garantizar la privacidad de los datos personales de los participantes, entre ellas:

- La información personal de los participantes se almacenó en un computador con clave de acceso restringido a los investigadores del estudio;
- Para el reporte de los resultados se reemplazaron los nombres de los participantes por pseudónimos;
- La información personal de los participantes no se ha mencionado en el presente trabajo ni en futura producción científica derivada del mismo.

Adicionalmente, se garantizaron los siguientes derechos de los participantes:

- Previo a la participación, los investigadores solicitaron la aceptación (firma o huella) del consentimiento informado de los participantes que estuvieron de acuerdo en colaborar en este proyecto;
- Los participantes, aún habiendo manifestado su deseo de participar en este estudio mediante el Consentimiento Informado, no estuvieron obligados a permanecer en el estudio, pudiendo abandonarlo en el momento que deseen;
- Los participantes no pagaron ni recibieron pago alguno por participar en este estudio;
- Con el fin de garantizar la integridad emocional y psicológica de los participantes, se respetaron sus derechos como seres humanos, así como su libertad de expresión de acuerdo a sus creencias, cultura y etnia.;
- Con la finalidad de minimizar la posibilidad de generar un posible estrés en el participante durante este proceso, se acordó con los participantes, el lugar, fecha y hora para la ejecución del mismo, previamente al desarrollo de los grupos focales, entrevistas y observaciones.

## **RESULTADOS**

A través del análisis conceptual de los grupos focales y de la triangulación de la información colectada mediante entrevistas semi-estructuradas y observaciones no participativas, se identificaron las siguientes categorías conceptuales:

### 1. Medicina ancestral andina

#### 1.1. Uso actual

##### 1.1.1. Usuarios y motivos de consulta frecuente

##### 1.1.2. La medicina ancestral andina como alternativa al Sistema Oficial de Salud

##### 1.1.3. Complementariedad de la medicina ancestral andina y el Sistema Oficial de Salud

##### 1.1.4. La práctica de la medicina ancestral andina como atractivo turístico

#### 1.2. Efectividad

##### 1.2.1. Efectividad reportada por los usuarios

##### 1.2.2. Mejoría inmediata

##### 1.2.3. Tratamiento de enfermedades catastróficas

#### 1.3. Limitaciones

- 1.3.1. Falta de conocimiento sobre medicina ancestral andina y sus prácticas en las nuevas generaciones
- 1.3.2. Falta de disponibilidad de fuentes de información, capacitación y difusión
- 1.3.3. Pérdida de recursos naturales
- 1.3.4. Intoxicaciones, efectos adversos e interacciones
- 1.4. Ventajas
  - 1.4.1. Accesibilidad económica a la medicina ancestral andina
  - 1.4.2. Ágil acceso a la atención
- 2. Integración de la medicina ancestral al Sistema Oficial de Salud
  - 2.1. Semejanzas
    - 2.1.1. Métodos para el diagnóstico
    - 2.1.2. Confianza del paciente
  - 2.2. Diferencias
    - 2.2.1. Naturaleza de los métodos terapéuticos
    - 2.2.2. Concepción de enfermedad
    - 2.2.3. Relación médico-paciente y curandero-paciente
    - 2.2.4. Regulación y control de la práctica médica
  - 2.3. Posibles formas de integración
    - 2.3.1. Formación académica en etnomedicina y etnofarmacología
    - 2.3.2. Modelo de salud inclusiva y pluricultural
    - 2.3.3. Capacitación e investigación sobre medicina ancestral andina

## **CONCLUSIONES**

Los usuarios de la medicina tradicional refirieron que el costo de la medicina ancestral en comparación con una consulta médica, es significativamente inferior. Adicionalmente comentaron que la atención de la medicina ancestral frente a la convencional es más flexible ya que no hay necesidad de solicitar turnos para la consulta. La relación que mantienen con los curanderos es mucho más cercana y estrecha, ya que, el paciente considera al curandero como su igual. En referencia a los medicamentos basados en plantas medicinales se evidenció la percepción de que “lo natural es bueno”, mientras los medicamentos químicos podrían presentar efectos secundarios negativos. Los pacientes usuarios refirieron que los tratamientos naturales son más efectivos frente a los occidentales puesto que además de curar el cuerpo también sanan la parte espiritual.

Las limitaciones de la medicina ancestral están basadas principalmente en el desconocimiento de los principios activos de las plantas medicinales y su acción farmacológica, lo que fomenta su uso indebido, la aparición de efectos adversos o interacciones no deseadas cuando se administran conjuntamente con los medicamentos occidentales. La presencia de “charlatanes” o personas que ejecutan prácticas de la medicina ancestral sin conocimiento ancestral, visibiliza la ausencia de una entidad gubernamental, debidamente capacitada, que regule las prácticas que pudiesen atentar contra la salud y la vida de los usuarios.

Finalmente, la integración de la medicina ancestral al Sistema Oficial de Salud parece factible desde la perspectiva de los participantes. Sin embargo, se evidencia la necesidad de la creación de un ente normativo, regulador, que certifique la experticia de los curanderos y la efectividad de los tratamientos prescritos y que además establezca procesos claros y prácticos de integración.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bejarano I. Lo culto y lo popular: Medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. Cuad Fac Humanidades Cienc Soc Univ Nac Jujuy. julio de 2004;(24):13-22.
2. Juárez GF. Salud e interculturalidad en América latina: antropología de la salud y crítica intercultural. Editorial Abya Yala; 2006. 458 p.
3. Gómez A. Salud de los Pueblos Indígenas - Atención Primaria e Interculturalidad.PAHO WHO [Internet] Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 13 de julio de 2018]; Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1475%3Asalud-pueblos-indigenas-atencion-primaria-interculturalidad&catid=2553%3Aexpired-content&Itemid=820&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1475%3Asalud-pueblos-indigenas-atencion-primaria-interculturalidad&catid=2553%3Aexpired-content&Itemid=820&lang=pt)
4. Ramírez Hita S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. Avá. 2009. (14):0-0. p.
5. Escobar N. OPS/OMS Ecuador - PROGRAMA REGIONAL SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=135:programa-](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=135:programa-)

regional-salud-pueblos-indigenas-americas&Itemid=252

6. Arteaga EL, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde Em Debate*. 2012;36(94):402–413.
7. Gómez P. La medicina tradicional como medicina ecocultural. 2005;
8. Fagetti A. Fundamentos de la medicina tradicional mexicana. Argueta E Corona-M P Hersch Coord Saberes Colect Diálogo Saberes En México Univ Nac Autónoma México México. 2011;146-51.
9. Taddei G, Santillana M, Romero J, Romero M. Aceptación y uso de herbolaria en medicina familiar. *Salud Pública México*. 1999;41(3):216-20.
10. De la Torre L, Navarrete H, Muriel P, Macía MJ, Balslev H. Enciclopedia de las Plantas Útiles del Ecuador. Herbario QCA de la Escuela de Ciencias Biológicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador & Herbario AAU del Departamento de Ciencias Biológicas de la Universidad de Aarhus; 2008.
11. Campos R, Ambrosetti J., Jijena R. De Como Curar El Empacho (y otras hierbas). Textos botánicos y antropológicos sobre el empacho. Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. Ediciones Continente. 2011 [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/179454695/De-Como-Curar-El-Empacho>
12. Alarcón M, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Médica Chile*. septiembre de 2003;131(9):1061-5.
13. Mignone J, Bartlett J, ONeil J. Prácticas modelo en salud intercultural. *Divers Cult Múltiples Miradas Tiempo Presente B Aires Cent Estud Argent Can*. 2005;101-19.
14. Huamantupa I, Cuba M, Urrunaga R, Paz E, Ananya N, Callalli M, et al. Riqueza, uso y origen de plantas medicinales expandidas en los mercados de la ciudad del Cusco. *Rev Peru Biol*. 2011;18(3):283-92.
15. GAD Municipal del canton Cuenca. Breve descripción socioeconómica de la ciudad. [Internet]. Alcaldía de Cuenca. [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.cuenca.gob.ec/?q=page\\_socioeconomica](http://www.cuenca.gob.ec/?q=page_socioeconomica)
16. GAD Municipal del canton Cuenca. División Política Territorial del Cantón Cuenca.

[Internet]. Alcaldía de Cuenca. 2016 [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en:  
[http://www.cuenca.gob.ec/?q=page\\_divisionpolitica](http://www.cuenca.gob.ec/?q=page_divisionpolitica)