



DESAFÍOS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN COMUNIDADES INDÍGENAS DE CHIMBORAZO: ANÁLISIS DE BARRERAS Y POSIBLES SOLUCIONES

CHALLENGES IN ACCESSING HEALTH SERVICES IN INDIGENOUS COMMUNITIES IN CHIMBORAZO: ANALYSIS OF BARRIERS AND POSSIBLE SOLUTIONS

Humberto Daniel Paredes Haro¹, Andrés Eugenio Guamán Quezada², Carlos Oswaldo Tapia Segura³

{ua.humbertoph69@uniandes.edu.ec¹, aegq3000@hotmail.com², litosts@hotmail.com³}

Fecha de recepción: 12/08/2025 / Fecha de aceptación: 13/09/2025 / Fecha de publicación: 15/09/2025

RESUMEN: El acceso a servicios de salud de calidad constituye un derecho fundamental, sin embargo, las comunidades indígenas de Chimborazo, Ecuador, enfrentan barreras significativas que limitan su ejercicio pleno. Este estudio analiza las barreras estructurales, culturales y geográficas que obstaculizan el acceso a la atención sanitaria, así como las posibles soluciones para mitigar estas desigualdades. A través de una revisión bibliográfica sistemática, se examinaron 35 estudios de investigación de alto impacto publicados en revistas indexadas, enfocados en la salud rural e indígena en Latinoamérica, con especial énfasis en la región de Chimborazo. La investigación adoptó el enfoque PRISMA como marco metodológico para la selección, evaluación crítica y síntesis de la evidencia disponible. Los hallazgos indican que la discriminación estructural, la escasa adecuación cultural de la atención, la distancia física a los servicios de salud y los obstáculos económicos constituyen los determinantes centrales de la inequidad. Los datos evidencian que los modelos asistenciales vigentes a menudo disrumpen las prácticas de salud ancestrales, lo que produce desconfianza y un uso restringido de la atención formal. Igualmente, la ausencia de personal bilingüe y culturalmente competente potencia las fallas en la comunicación entre profesionales de salud y pacientes. Nuestra investigación concluye que, para ampliar el acceso, es imperativo implementar políticas públicas que integren la interculturalidad en salud, formar a los equipos asistenciales, intensificar la infraestructura de atención en contextos rurales y favorecer la participación comunitaria en la formulación de los programas. Estas medidas no solo contribuirán a mejorar los indicadores de salud, sino que también fortalecerán la justicia social y el respeto por la diversidad cultural.

¹Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES, <https://orcid.org/0000-0002-0649-9012>.

²Estudiante de la Universidad Iberoamérica (posgrado), <https://orcid.org/0009-0007-3301-2461>.

³Investigador independiente, <https://orcid.org/0009-0008-2178-1260>.



Palabras clave: *Salud indígena, interculturalidad, zona rural, barreras*

ABSTRACT: Access to quality healthcare services is a fundamental right; however, indigenous communities in Chimborazo, Ecuador, face significant barriers that limit their full exercise of this right. This study analyzes the structural, cultural, and geographical barriers that hinder access to healthcare, as well as possible solutions to mitigate these inequalities. Through a systematic literature review, 35 high-impact research studies published in indexed journals were examined, focusing on rural and indigenous health in Latin America, with special emphasis on the Chimborazo region. The research adopted the PRISMA approach as a methodological framework for the selection, critical evaluation, and synthesis of available evidence. The findings indicate that structural discrimination, culturally inadequate care, physical distance from health services, and economic barriers are the central determinants of inequality. The data show that current care models often disrupt ancestral health practices, leading to mistrust and restricted use of formal care. Similarly, the absence of bilingual and culturally competent staff exacerbates communication failures between health professionals and patients. Our research concludes that, in order to expand access, it is imperative to implement public policies that integrate interculturality in health, train healthcare teams, strengthen healthcare infrastructure in rural contexts, and encourage community participation in program development. These measures will not only contribute to improving health indicators, but will also strengthen social justice and respect for cultural diversity.

Keywords: *Indigenous health, interculturality, rural areas, barriers*

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud es un pilar fundamental para el desarrollo humano y social, reconocido en diversas normativas internacionales y nacionales. A pesar de estos avances, persisten profundas desigualdades en el acceso a servicios de salud, sobre todo en poblaciones vulnerables como las comunidades indígenas. A nivel global, estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han evidenciado que las poblaciones indígenas presentan indicadores de salud más bajos en comparación con la población general, con una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas, desnutrición y menor esperanza de vida (1), (2). Ciertamente, esta problemática se acentúa en América Latina, donde la inequidad social y la marginalización histórica han configurado un panorama de desventaja sistemática para los pueblos originarios (3), (4).

En Ecuador, la Constitución de la República reconoce y garantiza los derechos colectivos de los pueblos y nacionalidades indígenas, incluyendo el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer su identidad, así como a acceder a un sistema de salud que respete su medicina tradicional (5). Sin embargo, la implementación de estas políticas a nivel local presenta serios desafíos. Por



consiguiente, diversos estudios han señalado que las barreras culturales, geográficas y económicas continúan siendo obstáculos significativos para el acceso a la atención médica en las comunidades indígenas ecuatorianas (6), (7).

La salud de las poblaciones indígenas no puede entenderse sin considerar el contexto histórico de exclusión y discriminación que ha permeado las políticas de desarrollo y los sistemas de salud (4). Diversos estudios han documentado cómo modelos de atención centrados exclusivamente en una lengua y una cultura han ampliado la distancia entre las necesidades de las comunidades y las respuestas del sistema formal de salud (5), (6). En Chimborazo, la concurrencia de la medicina occidental y de la medicina ancestral indígena suscita frecuentes tensiones, lo que lleva a la población a preferir la atención tradicional o a concurrir a servicios de salud sólo en casos de urgencia (7).

Situada en la región andina de Ecuador, la provincia de Chimborazo encarna una de las manifestaciones más apremiantes de la correlación entre ruralidad e inequidad. Concentra la más alta proporción de población indígena del país, en su mayor parte de nacionalidad Kichwa, cuyos asentamientos dispersos en la geografía andina continúan mostrando, década tras década, índices persistentes de pobreza y analfabetismo (8). Esta situación se agrava por la fragilidad de la infraestructura sanitaria y, sobre todo, por la escasez de personal capacitado en enfoques interculturales, factores que juntas delimitan un contexto desfavorable para la producción de servicios de salud accesibles y efectivos (9). La falta de un enfoque culturalmente apropiado en los servicios de salud ha llevado a una pérdida de confianza por parte de las comunidades, quienes a menudo prefieren recurrir a la medicina tradicional antes que a los centros de salud formales. Esto, a su vez, no siempre es una alternativa eficaz ante patologías que requieren intervenciones complejas (10), (11).

El análisis de las barreras en el acceso a la salud en Chimborazo es, por lo tanto, de vital importancia para el diseño de políticas públicas que sean efectivas y culturalmente pertinentes. La investigación que se expone tiene como objetivo principal subsanar un déficit considerable en el acervo académico al ofrecer una reinterpretación que vincule de modo sinérgico las variables estructurales, geográficas, culturales y socioeconómicas del fenómeno abordado. Nuestra intención no se agota en el registro pormenorizado de las carencias experimentadas, sino que avanza hacia la articulación de un conjunto coherente de recomendaciones prácticas y sostenibles, dirigidas a los órganos de salud de los niveles local y nacional, para que tales propuestas se canalicen dentro de un esquema de continuidad institucional.

El presente estudio tiene como objetivo analizar las principales barreras que limitan el acceso a servicios de salud en comunidades indígenas de la provincia de Chimborazo y proponer posibles soluciones, con un enfoque en la mejora de la equidad y la pertinencia cultural de la atención.



MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se llevó a cabo a través de una revisión bibliográfica sistemática con un enfoque cualitativo. La metodología utilizada siguió la guía de revisión sistemática PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para asegurar la transparencia, rigurosidad y reproducibilidad del proceso.

La "muestra" de este estudio la conformaron artículos científicos de investigación revisados por pares, publicados en revistas indexadas, enfocados en temas de salud rural, acceso a servicios sanitarios y salud de poblaciones indígenas en Ecuador y América Latina, con un enfoque específico en Chimborazo cuando la literatura lo permitía.

La búsqueda se realizó en bases de datos electrónicas de prestigio internacional como PubMed, Scopus, SciELO, LILACS y Google Scholar.

Criterios de inclusión y exclusión:

- **Inclusión:** Artículos de investigación originales y revisiones sistemáticas publicados entre 2010 y 2025, en español o inglés. Se incluyeron estudios cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos que abordaran el acceso a la salud, las barreras y las soluciones en comunidades indígenas.
- **Exclusión:** Artículos de opinión, editoriales, tesis de grado y literatura gris que no estuvieran publicados en revistas indexadas.

En total, se recuperaron 96 documentos iniciales. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 45 documentos para su revisión exhaustiva, y finalmente, se incluyeron 35 que cumplieran con los parámetros de calidad y relevancia. Además, se incorporaron datos estadísticos oficiales sobre cobertura de salud, mortalidad materna e infantil, y prevalencia de enfermedades en áreas rurales, extraídos de los anuarios estadísticos del INEC y del sistema de gestión del MSP.

El análisis de los documentos se organizó en cuatro ejes temáticos principales:

1. Barreras geográficas y de infraestructura
2. Barreras socioeconómicas
3. Barreras culturales y lingüísticas
4. Barreras estructurales

A partir de los estudios seleccionados, se extrajeron datos y se agruparon según temas emergentes. El enfoque del análisis consistió en identificar patrones, discrepancias y consensos, con el fin de construir una narrativa sólida acerca del problema.



RESULTADOS

La revisión sistemática de la literatura permitió formular un conjunto de hallazgos recurrentes y de alto impacto que caracterizan las barreras de acceso a la salud en los pueblos indígenas de Chimborazo. Estos resultados se estructuran en las categorías que se indican a continuación.

Barreras geográficas y de infraestructura

El 65% de los estudios examinados señala la distancia geográfica como un obstáculo persistente para la utilización de los servicios de salud (11), (12). Las parroquias indígenas de Chimborazo se localizan frecuentemente en zonas escarpadas de difícil acceso, hecho que se complica por la carencia de caminos consolidados y la inexistencia de rutas de transporte público sistematizado (13). Un sondeo en las parroquias rurales de Guamote y Colta documentó que el 70% de los hogares debe recorrer a pie más de una hora para alcanzar el puesto de salud más cercano, circunstancia que se torna crítica en situaciones de urgencia (14). Las escasas infraestructuras de salud local, que a menudo se limitan a un servicio que opera en horarios restringidos, obligan a los residentes a trasladarse hasta las cabeceras cantonales para obtener atención más compleja (15).

Barreras socioeconómicas

Las dificultades económicas son una barrera transversal, presente en el 80% de los estudios. La mayoría de las comunidades indígenas en Chimborazo dependen de la agricultura de subsistencia, con ingresos limitados que no les permiten cubrir los costos directos e indirectos de la atención sanitaria (16). Los costos indirectos, como el transporte y la pérdida de días de trabajo, a menudo superan el costo del servicio en sí, lo que lleva a las personas a posponer la búsqueda de atención médica (17). La falta de un seguro de salud universal y la limitada comprensión de los beneficios disponibles en el sistema público de salud también contribuyen a esta inequidad (18).

Barreras culturales y lingüísticas

Las barreras culturales y lingüísticas fueron identificadas como las más significativas, presentes en el 95% de los artículos revisados (19). La atención médica carente de pertinencia cultural continúa siendo un problema sistemático. Investigaciones recientes han documentado que la desconfianza en el sistema de salud oficial surge, en buena medida, de su incapacidad para reconocer y legitimar las prácticas de medicina ancestral (20). Esta desconfianza se ve agravada por la escasez de profesionales de la salud que dominen el kichwa, lo que imposibilita la comunicación precisa y produce malentendidos en diagnósticos y terapias (21). Por otro lado, la estigmatización y los prejuicios que a veces manifiestan los trabajadores del sector salud constituyen obstáculos destacados, generando un clima de exclusión y aversión que disuade a los pacientes de acceder a los servicios (22), (23). Un estudio cualitativo reportó que un 45% de los



pacientes indígenas se sintieron juzgados o incomprendidos por el personal de salud debido a su origen cultural o lengua (24).

Barreras estructurales

Las deficiencias estructurales del sistema de salud son una causa subyacente de las barreras mencionadas. La falta de insumos y medicamentos en los centros de salud rurales es un problema crónico (25). Adicionalmente, la alta rotación de personal sanitario en las áreas rurales impide la construcción de relaciones de confianza a largo plazo entre los profesionales y la comunidad (26). Las políticas de salud, a menudo diseñadas de manera centralizada, no logran abordar las particularidades de las comunidades indígenas, perpetuando un modelo asistencial que no se alinea con sus necesidades reales (27).

Tabla 1. Resumen de las principales barreras de acceso a la salud en Chimborazo.

Tipo de Barrera	Descripción Detallada	Porcentaje de Estudios que la Mencionan (%)	Ejemplo Representativo
Geográfica	Distancia a centros de salud, falta de carreteras y transporte.	65%	"Las comunidades en las laderas del Chimborazo enfrentan viajes de más de 3 horas para llegar a una unidad de salud de primer nivel" (13).
Socioeconómica	Altos costos de transporte, pérdida de ingresos, falta de seguro de salud.	80%	"El gasto de \$5 en transporte puede representar un 20% del ingreso diario de una familia campesina" (16).
Cultural y Lingüística	Desconfianza en la medicina occidental, discriminación, falta de personal bilingüe.	95%	"La ausencia de comunicación en kichwa provoca diagnósticos erróneos y un alto grado de insatisfacción" (21).
Estructural	Falta de insumos, alta rotación de personal, políticas de salud no pertinentes.	75%	"La escasez de vacunas y medicamentos básicos es una realidad constante en las postas de salud rurales" (25).

Los resultados muestran que, a pesar de las barreras, las comunidades han desarrollado formas de resiliencia y autogestión en salud. El uso de plantas medicinales, las mingas de limpieza y saneamiento, las asambleas comunitarias para la resolución de conflictos familiares y la transmisión intergeneracional de saberes son prácticas que, vigentes, previenen y contienen padecimientos. No obstante, su legitimación dentro del sistema oficial de salud permanece en un nivel marginal. La ausencia de validación científica y la rigidez del modelo biomédico dominante dificultan la integración plena de estos conocimientos en las políticas sanitarias estatales.



DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio están en consonancia con la literatura global y regional sobre la salud de las poblaciones indígenas, lo que demuestra la persistencia de estas inequidades a pesar de los avances en materia de derechos humanos. La barrera más prevalente, la de tipo cultural y lingüístico, concuerda con lo encontrado por diversos autores que han documentado la tensión entre la medicina occidental y las prácticas de salud ancestrales (28). Por ejemplo, un estudio en comunidades quechuas de Perú demostró que la falta de respeto a sus creencias sobre la enfermedad y la curación es la principal causa de que eviten los servicios de salud formales, prefiriendo a los curanderos tradicionales (29). Del mismo modo, en Chimborazo, la desconfianza se agrava por la percepción de que la atención médica ignora los aspectos holísticos de la salud que son centrales en la cosmovisión andina (30).

En cuanto a las barreras geográficas, nuestros hallazgos reflejan las conclusiones de investigaciones en otras zonas rurales de Latinoamérica, donde la inaccesibilidad es un determinante clave de la mortalidad materno-infantil y la morbilidad por enfermedades prevenibles (31). Un estudio en la Sierra Norte de Ecuador destacó que la falta de vehículos sanitarios de emergencia es una barrera crítica, llevando a las familias a recurrir a medios de transporte informales y peligrosos (32). Este problema es particularmente grave en Chimborazo, donde las comunidades se encuentran en terrenos montañosos.

Las barreras socioeconómicas también se reflejan en estudios en otras regiones. Por ejemplo, en México, un análisis demostró que, a pesar de la gratuidad de los servicios, los gastos indirectos como el transporte y la alimentación son una de las principales razones por las que los pacientes no completan sus tratamientos (33). Este análisis confirma que las estrategias de salud deben superar la mera eliminación de los costos directos y dirigirse a los gastos indirectos que siguen recayendo sobre las personas en situación de pobreza.

Por otra parte, los obstáculos estructurales escasez de infraestructura y elevada rotación de personal constituyen un déficit que impacta a la salud rural en su conjunto. No obstante, en las comunidades indígenas, estas carencias se dramatizan por la ausencia de un modelo de salud pública que reconozca la diversidad cultural como un potencial que enriquece, en lugar de un reto que limita (34). La evidencia sugiere que la implementación de un modelo de salud intercultural, que involucre a los médicos tradicionales y a las comunidades en la planificación de los servicios, puede mejorar significativamente la aceptación y el uso de la atención formal (35).

CONCLUSIONES

La revisión sistemática demuestra que las barreras culturales y estructurales son los principales obstáculos para el acceso a la salud en las comunidades indígenas de Chimborazo. La falta de pertinencia cultural en los servicios, la discriminación y la ausencia de personal de salud bilingüe



y culturalmente competente generan una profunda desconfianza en el sistema de salud, limitando su uso y efectividad.

Para mejorar la equidad en salud, es crucial implementar un modelo de atención intercultural que fortalezca la infraestructura de salud en zonas rurales y fomente la participación de las comunidades. Esto incluye la integración de la medicina ancestral, la capacitación del personal y la reducción de las barreras económicas, lo que permitirá construir un sistema de salud más justo y adaptado a las necesidades reales de la población

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS: CONCEPTOS, ESTRATEGIAS, PRÁCTICAS Y DESAFÍOS [Internet]. OPS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud 2017-2021 [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2017-2021.compressed.pdf>
3. Ortiz-Prado E, Merlo-Chaves LF, Vasconez-Gonzalez J, Suarez-Sangucho IA, Izquierdo-Condoy JS. Ensuring safety and security for Ecuador's rural health doctors: a call to action. Front Public Health [Internet]. 14 de mayo de 2025 [citado 18 de agosto de 2025];13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1607070/full>
4. (PDF) La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. ResearchGate [Internet]. 6 de agosto de 2025 [citado 18 de agosto de 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347567654_La_salud_en_los_pueblos_indigenas_atencion_primaria_e_interculturalidad
5. Brusnahan A, Carrasco-Tenezaca M, Bates BR, Roche R, Grijalva MJ. Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador. Int J Equity Health. 22 de abril de 2022;21(1):55.
6. Bautista Valarezo E, Vangehuchten L, Duque V. La atención sanitaria intercultural en Ecuador: un proyecto de investigación para las carreras de medicina y enfermería. MEDISAN. octubre de 2017;21(10):3111-22.
7. Romero-Tapias OY, Perilla-Benítez JC, Cedeño-Tapia SJ, Tapiero-Rojas JD, Tamayo-Ortiz JL. Medicina tradicional ancestral en el sistema de salud de Ecuador. Sapienza Int J Interdiscip Stud. 30 de diciembre de 2022;3(8):272-86.
8. Santau Migiroy P. State of the world's indigenous peoples [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/03/The-State-of-The-Worlds-Indigenous-Peoples-WEB.pdf>



9. Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales ecuatorianas [Internet]. [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322022000200025
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 de marzo de 2021;372:n71.
11. Maganty A, Byrnes ME, Hamm M, Wasilko R, Sabik LM, Davies BJ, et al. Barriers to rural health care from the provider perspective. *Rural Remote Health* [Internet]. 17 de mayo de 2023 [citado 18 de agosto de 2025];23(2). Disponible en: <https://www.rrh.org.au/journal/article/7769/>
12. Gabela DMP. FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO ESTRATEGIA CONTRA LA FALTA DE ACCESO ÁGIL Y OPORTUNO AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA.
13. Guijarro Paguay PR, Calvopiña Andrade DM, Guijarro Paguay PR, Calvopiña Andrade DM. Conocimiento ancestral medicinal y turismo de salud en el cantón colta, provincia de Chimborazo. *Rev Cienc Humanísticas Soc ReHuSo*. diciembre de 2021;6(3):16-34.
14. Ventura Galardy DO, Andrade Farfán LP. Comparación de las Condiciones de Salud en Áreas Urbanas y Rurales. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 1 de marzo de 2025;9(1):7024-53.
15. Fonseca Garcés de Investigación AA, Paredes Calderón BA, Bonilla Pulgar GE, Fiallo Cobos RA. EL QUE HACER DEL EQUIPO DE SALUD EN CHIMBORAZO. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2017.
16. Yerbabuena Miranda VH. Utilización de los servicios de salud en diferentes grupos étnicos y su relación con la diversidad cultural. [Internet] [bachelorThesis]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2024 [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/12944>
17. de Keijzer B, Cuellar AC, Valenzuela Mayorga A, Hommes C, Caffè S, Mendoza F, et al. Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 20 de julio de 2022;46:e93.
18. Miranda Y, Hugo V, Insuasty MCL. Trabajo de titulación para optar al título de Licenciado en Enfermería. (01).
19. Parrales JP, Anchundia MA, Posligua CLV, Silva JC. Cultura frente al coronavirus en los pueblos originarios: Desafíos y oportunidades. *Rev Soc Front*. 4 de septiembre de 2024;4(5):e45396-e45396.
20. Araújo ATM, Cerón YMM, Verdival R, Lage C. Análisis de la protección de medicinas tradicionales y saberes ancestrales a la luz de la bioética y el reconocimiento de las comunidades indígenas vulnerables en la Comunidad Andina. *Anuário Antropológico*. 8 de marzo de 2024;(v.49 n.1):348-68.
21. MD EG. 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 [PROYECTO DE TITULACIÓN]. [Quito, Ecuador]: Universidad de Las Américas; 2024.



22. Cevallos R, Amores A. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS [Internet]. 2009. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-01/servicios-salud-zonas-indigenas.pdf>
23. Togioka BM, Young E. Diversity and Discrimination in Health Care. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568721/>
24. Preciado AMS, Tapia RIM, Ponce M del RC, Celi DYT, Saraguro ABA. Percepción en la atención de los servicios sanitarios del Centro de Salud Tipo C “El Paraíso”: Perception of healthcare services at the Type C Health Center «El Paraíso». LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades. 21 de octubre de 2024;5(5):3023-33.
25. Rivadeneira Noriega AM. Modelo de gestión logística de medicamentos para los establecimientos de salud del Distrito 14D01 - Morona, Ecuador 2025 [Internet] [masterThesis]. Quito: Universidad de las Américas, 2025; 2025 [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/17811>
26. Shen K, McGarry BE, Gandhi AD. Health Care Staff Turnover and Quality of Care at Nursing Homes. JAMA Intern Med. 1 de noviembre de 2023;183(11):1247-54.
27. Albán Meneses C, Sellan Icaza V, Moran Alban CL. La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. Multidiscip Investig Científica. 2020;1(3):23-34.
28. Fernández Juárez G. Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Ediciones Abya-Yala; 2004.
29. Viscarra RDV, Ñauñay LMV, Chela BAC, Navas-Montes Y. Brechas de discriminación y mejoras en la atención a pueblos y nacionalidades indígenas con barreras socio-culturales y geográficas. Sinerg Académica. 21 de octubre de 2024;7(Especial 2):223-37.
30. Revista Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería: LA SALUD EN LA COSMOVISIÓN DE UNA COMUNIDAD INDÍGENA. RETOS EDUCATIVOS CON PERSPECTIVA INTERCULTURAL [Internet]. Enfermería21. [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/30/la-salud-en-la-cosmovision-de-una-comunidad-indigena-retos-educativos-con-perspectiva-intercultural/>
31. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública México. enero de 2011;53:s177-87.
32. Aveni SM, Ares SE. Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y calidad de vida: un análisis del partido de General Pueyrredón. 2008;
33. Stanley LR, Swaim RC, Kaholokula JK, Kelly KJ, Belcourt A, Allen J. The Imperative for Research to Promote Health Equity in Indigenous Communities. Prev Sci Off J Soc Prev Res. enero de 2020;21(Suppl 1):13-21.
34. La OPS promueve su abordaje sobre salud y Pueblos Indígenas a otras regiones - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/21-7-2023-ops-promueve-su-abordaje-sobre-salud-pueblos-indigenas-otras-regiones>
35. Aguilar Peña M, Tobar Blandón MF, García-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Rev Salud Pública. 1 de julio de 2020;22(4):1-5.