Revista Científica Interdisciplinaria Investigación y Saberes
2025, Vol. 15, No. 2 e-ISSN: 1390-8146
Published by: Universidad Técnica Luis Vargas Torres

Promoción De La Comunicación En Salud Mediante La Inclusión Del Idioma Kichwa En El Centro San Juan De Llullundongo (2023-2024)

The Promotion Of Health Communication Through The Inclusion Of The Kichwa Language At The San Juan De Llullundongo Health Center (2023-2024).

David Santiago Agualongo Chela
Licenciado En Ciencias De Enfermería, Magíster En Enfermería Quirúrgica,
Hospital General Ambato-Iess, davidagualongo@msp.gob.ec
https://orcid.org/0000-0002-8705-2609
Silvana Ximena López Paredes
Licenciada en ciencias de la enfermería. Doctora en ciencias de la salud
Universidad Estatal De Bolívar, silvanalopez@ueb@.edu.ec
https://orcid.org/0000-0001-9289-8089
Jhoselyn Adriana Toalombo Ninabanda
Licenciada en ciencias de la enfermería
Centro de Salud Simiatug, jhoselyntoalombo@msp.gob.ec
https://orcid.org/0009-0005-9031-9588
Edwin Vladimir Chariguaman Rochina
Licenciado en Ciencias de la enfermería
Centro de Salud la Palma, edwinchariguaman@msp.gob.ec
https://orcid.org/0009-0007-4379-8760

Received 2025-01-08
Revised 2025-03-31
Published 2025-06-06
Corresponding Author
davidagualongo@msp.gob.ec
Pages: 78- 97
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/
Distributed under
Copyright

Resumen

En contextos rurales e interculturales del Ecuador, la comunicación entre profesionales de salud y pacientes indígenas se ve obstaculizada por barreras idiomáticas, lo que compromete la equidad y calidad de la atención. Este estudio tiene como objetivo establecer la relación entre la comunicación efectiva en salud y el uso del idioma kichwa en el Centro de Salud San Juan de Llullundongo. Se aplica un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y correlacional, con diseño transversal. La muestra es censal e incluye a 16 profesionales de salud. Se utiliza una encuesta estructurada, validada por expertos y analizada mediante el software SPSS. Los

How to cite this article (APA): Agualongo, S., López, S. Toalombo, J., Chariguaman, E. (2025) Promoción de la comunicación en salud mediante la inclusión del idioma Kichwa en el Centro San Juan de Llullundongo (2023-2024), *Revista Científica Interdisciplinaria Investigación y Saberes,* 15 (2) 78-97

resultados muestran que el 93,75 % del personal tiene un conocimiento nulo o bajo del kichwa, y la mayoría no logra brindar información médica en dicho idioma. El 87,5 % considera útil incorporar materiales bilingües. La investigación concluye que la falta de competencia lingüística limita la calidad de la atención y vulnera el derecho del paciente a comprender su proceso de salud. Se plantea que incorporar el kichwa es una estrategia comunicativa y un acto de justicia cultural. Se recomienda fortalecer la formación intercultural y aplicar políticas públicas que garanticen una atención lingüísticamente pertinente.
Palabras clave: Comunicación, Interculturalidad, Idioma, Barrera Lingüística, Salud.

Abstract

In rural and intercultural contexts in Ecuador, communication between health professionals and indigenous patients is hindered by language barriers, which compromises the equity and quality of care. This study aims to establish the relationship between effective health communication and the use of the Kichwa language in the San Juan de Llullundongo Health Centre. A quantitative, descriptive and correlational approach is applied, with a cross-sectional design. The sample is census-based and includes 16 health professionals. A structured survey was used, validated by experts and analysed using SPSS software.The results show that 93.75% of the staff have no or little knowledge of Kichwa, and most of them are unable to provide medical information in that language. 87.5% consider it useful to incorporate Kichwa into their work. 87.5% consider it useful to incorporate bilingual materials. The research concludes that the lack of linguistic competence limits the quality of care and violates the patient's right to understand their health process. It is suggested that incorporating Kichwa is a communicative strategy and an act of cultural justice. It is recommended that intercultural training be strengthened and that public policies be implemented to guarantee linguistically relevant care.
Keywords: Communication, Interculturality, Language, Language Barrier, Health.

Introducción

En el contexto de la atención primaria en salud, la comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios y los pacientes constituye un componente esencial para garantizar la calidad, seguridad y equidad de los servicios. No obstante, en contextos cultural y lingüísticamente diversos como el ecuatoriano, dicha comunicación se ve obstaculizada por barreras idiomáticas que limitan la comprensión mutua, aumentan los riesgos clínicos y profundizan las desigualdades en el acceso a la atención (Estévez & Estévez, 2021; Maza, Motta & Motta, 2023). Estas barreras resultan particularmente críticas en comunidades indígenas como San Juan de Llullundongo, donde la mayoría de los pacientes son hablantes de kichwa, mientras que el personal de salud se comunica exclusivamente en español.

Ante esta problemática, se desarrolló el estudio titulado "Comunicación efectiva en salud, asociado a la incorporación del idioma kichwa en el Centro de Salud San Juan de Llullundongo", con el objetivo de determinar la asociación entre la comunicación efectiva en salud y el uso del idioma kichwa en dicho establecimiento, durante el periodo octubre 2023 a febrero 2024. Para ello, se plantearon tres objetivos específicos: diagnosticar la situación actual de la comunicación entre el personal de salud y los pacientes kichwa hablantes; identificar el nivel de conocimiento del idioma kichwa por parte del personal; y elaborar un material educativo básico kichwa-español que permita facilitar la interacción comunicativa en el contexto clínico.

La necesidad de esta investigación se fundamenta en estudios previos que han demostrado que las barreras idiomáticas generan consecuencias negativas como diagnósticos inadecuados, dificultades en la comprensión de indicaciones médicas, baja adherencia a tratamientos y elevada insatisfacción de los pacientes (Lazcano et al., 2020; De la Torre, 2022). En el caso específico del Centro de Salud San Juan de Llullundongo, se identificó que el 93,75 % del personal encuestado presentó un nivel nulo o bajo de conocimiento del idioma kichwa y más del 56 % consideró muy

necesaria la implementación de recursos de apoyo en dicha lengua (Toalombo & Chariguamán, 2024).

La presente investigación se justifica en la necesidad de visibilizar y atender las inequidades estructurales que enfrentan las poblaciones indígenas en los servicios de salud. Asimismo, se propone contribuir a la construcción de una atención intercultural más incluyente, al incorporar herramientas que reconozcan y respeten la diversidad lingüística. Tal como señalan Petrone (2021) y Arrieta y Guzmán (2021), la comunicación efectiva en salud no puede limitarse a la transmisión de información, sino que debe considerar el contexto cultural del paciente y facilitar un diálogo comprensivo que promueva decisiones compartidas. Desde esta perspectiva, se reconoce la incorporación del idioma kichwa no solo como una medida técnica, sino como un acto de justicia comunicativa y cultural, coherente con los principios constitucionales del Estado ecuatoriano y con los derechos lingüísticos reconocidos en instrumentos normativos nacionales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021; Ministerio de Salud Pública, 2017).

Comunicación efectiva en el ámbito de la salud

La comunicación efectiva en salud es un componente fundamental para lograr una atención centrada en el paciente, que considere no solo los aspectos clínicos, sino también los sociales, culturales y emocionales que rodean la vivencia del proceso de enfermedad. Esta forma de comunicación se concibe como un proceso dinámico, intencionado y bidireccional, mediante el cual se transmite información clara, precisa, comprensible y adaptada al contexto del paciente, facilitando la comprensión de diagnósticos, procedimientos, tratamientos y cuidados posteriores (Bravo, Jurado & Tejera, 2019). En los sistemas de salud contemporáneos, la comunicación ha dejado de ser una competencia secundaria para convertirse en un eje estructurante de la calidad y la seguridad del cuidado.

Según Estévez y Estévez (2021), la comunicación efectiva no se limita a la transferencia de datos médicos, sino que implica la creación de un vínculo basado en la empatía, el respeto mutuo y la confianza. Este vínculo permite al paciente expresar sus dudas, temores y

expectativas, así como participar activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento. A su vez, el profesional de salud puede adaptar su lenguaje, tono y estilo comunicativo en función de las características individuales del paciente, mejorando así la adherencia terapéutica y la satisfacción con el servicio recibido.

Dentro del proceso comunicativo intervienen diversos elementos: el emisor, el receptor, el canal, el código, el mensaje y la retroalimentación. Cada uno de ellos debe funcionar en armonía para evitar distorsiones, ambigüedades o silencios que puedan afectar la comprensión (Fernández, 2022). A este conjunto se suman los aspectos no verbales de la comunicación, tales como el lenguaje corporal, la postura, el contacto visual, las expresiones faciales y el tono de voz, los cuales adquieren especial relevancia cuando existen diferencias idiomáticas o barreras culturales. De hecho, diversos estudios han demostrado que una comunicación no verbal adecuada puede compensar parcialmente la falta de dominio del idioma del paciente, generando sensaciones de seguridad y respeto (Zambrano et al., 2020; Sharkiya, 2023).

La literatura científica ha destacado que una buena comunicación está directamente relacionada con la prevención de errores médicos, la disminución de quejas y litigios, y la mejora de los resultados clínicos (Petrone, 2021). Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) ha señalado que más del 60 % de los eventos adversos en los servicios hospitalarios tienen su origen en fallas comunicativas. Esta realidad adquiere mayor peso en escenarios de diversidad cultural y lingüística, donde la comunicación efectiva debe responder a múltiples dimensiones del sujeto, incluyendo su cosmovisión, valores y formas propias de entender la salud y la enfermedad.

En el contexto intercultural, la comunicación no solo tiene un valor instrumental, sino también simbólico. El uso del idioma propio, el reconocimiento de prácticas tradicionales y el respeto a la identidad cultural del paciente son elementos que fortalecen la relación terapéutica y reducen la sensación de discriminación o exclusión. Como señalan Arrieta y Guzmán (2021), la comunicación efectiva en salud debe concebirse como una práctica inclusiva que permita al paciente sentirse escuchado, comprendido y respetado,

especialmente cuando pertenece a pueblos originarios o comunidades históricamente marginadas.

Por último, la comunicación efectiva constituye una herramienta clave para mejorar la calidad de la atención, reducir inequidades y promover una salud verdaderamente centrada en las personas. Su fortalecimiento requiere no solo de competencias técnicas, sino de sensibilidad cultural, dominio de códigos lingüísticos diversos y disposición ética para establecer un diálogo horizontal con cada paciente.

Barreras lingüísticas en contextos interculturales

En entornos caracterizados por la diversidad cultural y lingüística, como muchas comunidades rurales e indígenas del Ecuador, las barreras idiomáticas constituyen una limitación estructural que afecta directamente la calidad y la equidad en el acceso a los servicios de salud. Estas barreras se presentan cuando el personal sanitario no comprende ni puede expresarse en el idioma materno del paciente, lo cual impide una comunicación fluida, clara y bidireccional. La consecuencia inmediata es una disminución en la comprensión del diagnóstico, la adhesión al tratamiento, y la confianza del usuario en el sistema de salud (Lazcano et al., 2020).

En los servicios de atención primaria, donde la interacción con la comunidad es constante y profunda, la ausencia de un idioma compartido entre el personal de salud y los usuarios genera una fragmentación del vínculo terapéutico. Se han documentado casos en los que el paciente debe recurrir a un familiar como intérprete o limitarse a gestos y expresiones básicas, situación que vulnera su derecho a recibir una atención digna, comprensible y culturalmente pertinente (De la Torre, 2022).

Según Cacace y Giménez (2022), las barreras lingüísticas constituyen no solo un problema de comunicación, sino una forma de discriminación estructural. En muchas ocasiones, el desconocimiento del idioma originario por parte del personal de salud se acompaña de actitudes despectivas o desinterés hacia las prácticas culturales indígenas. Esto genera en los pacientes sentimientos de inferioridad,

vergüenza y, en muchos casos, rechazo hacia los servicios institucionales de salud.

En estudios realizados en comunidades indígenas de la Sierra y la Amazonía ecuatoriana, se ha identificado que los usuarios kichwa hablantes enfrentan una triple barrera: lingüística, cultural y geográfica. La falta de profesionales que hablen su lengua materna, la poca disponibilidad de materiales informativos en su idioma y la distancia de los centros de atención configuran un escenario de exclusión que afecta de forma diferenciada a estas poblaciones (Jiménez & Loor, 2022; Falcón, 2021).

Asimismo, la ausencia de formación intercultural en los programas de formación de profesionales sanitarios refuerza estas barreras. En muchos casos, el personal no ha recibido capacitación específica para trabajar en contextos bilingües o multiculturales, ni cuenta con estrategias para superar las dificultades de comunicación con personas que hablan kichwa u otras lenguas ancestrales (Petrone, 2021). Como resultado, la interacción entre el paciente y el profesional se reduce a intercambios mínimos y mecánicos, lo que impide la comprensión profunda de los síntomas, las causas percibidas de la enfermedad y las expectativas del usuario sobre su recuperación.

La persistencia de estas barreras tiene implicaciones directas sobre los indicadores de salud. Se ha evidenciado que las comunidades con mayor presencia indígena presentan tasas más altas de mortalidad materna, desnutrición crónica infantil y enfermedades transmisibles, en comparación con poblaciones mestizas urbanas (OPS, 2020). Aunque estas brechas tienen múltiples causas, la limitada comunicación entre el personal sanitario y los pacientes indígenas constituye un factor determinante.

En este contexto, superar las barreras lingüísticas no solo es una cuestión técnica, sino un desafío ético, político y social. Implica reconocer la lengua del otro como válida, necesaria y enriquecedora para el proceso de atención. Por tanto, es imprescindible avanzar hacia la formación de personal sanitario bilingüe, la incorporación de intérpretes comunitarios y el desarrollo de materiales didácticos en

lenguas originarias, como parte de una estrategia más amplia de salud intercultural.

Enfoque intercultural y derecho al idioma originario

El enfoque intercultural en salud se fundamenta en el reconocimiento de la diversidad cultural, lingüística y espiritual de los pueblos y nacionalidades que conviven dentro de un mismo sistema sanitario. Este enfoque no se limita a la tolerancia o inclusión de las diferencias, sino que busca establecer relaciones horizontales, respetuosas y simétricas entre saberes médicos distintos, como el biomédico y el ancestral, así como entre lenguas y modos de comunicación (Cando & Quilligana, 2022).

En Ecuador, el marco normativo respalda este enfoque. La Constitución de la República reconoce al kichwa y al shuar como idiomas oficiales de relación intercultural, junto con el español (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021). Esta disposición implica que las instituciones públicas, incluidas las de salud, deben promover el uso de las lenguas ancestrales en sus servicios, garantizando el derecho de los pueblos indígenas a ser atendidos en su lengua materna. Esta norma se complementa con el Reglamento para la Aplicación del Enfoque Intercultural en los Establecimientos de Salud, el cual establece que todo centro de salud debe disponer de herramientas que faciliten la atención a los usuarios en su idioma originario, y que el personal sanitario debe recibir capacitación intercultural y lingüística básica (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Desde el punto de vista de los derechos humanos, la atención en la lengua materna se relaciona con el principio de no discriminación y con el derecho a la identidad cultural. La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2019) ha señalado que los pueblos indígenas tienen derecho a sistemas de salud culturalmente adecuados, que reconozcan sus idiomas, costumbres y formas tradicionales de curar. Este principio es esencial para construir confianza entre el usuario y el sistema de salud, y para prevenir prácticas de exclusión o maltrato por parte del personal.

La atención en idioma originario tiene efectos positivos tanto en el plano clínico como en el psicológico. Por un lado, permite que el paciente comprenda mejor su diagnóstico, las indicaciones médicas y los posibles riesgos del tratamiento. Por otro lado, promueve una mayor conexión emocional con el profesional de salud, lo cual contribuye a disminuir la ansiedad y el estrés que genera la enfermedad (Sharkiya, 2023). Además, el uso del idioma propio en contextos institucionales revitaliza su valor social, fortalece la autoestima colectiva y fomenta el orgullo identitario.

Sin embargo, a pesar del marco normativo vigente, la implementación práctica del enfoque intercultural ha sido limitada. Muchas unidades de salud carecen de personal bilingüe, materiales educativos en kichwa o estrategias institucionales para asegurar una atención respetuosa de la lengua y cultura de sus usuarios (Falcón, 2021; Guapisaca, 2022). Esto demuestra la necesidad urgente de pasar del discurso normativo a políticas operativas concretas, con presupuesto asignado, mecanismos de seguimiento y evaluación participativa por parte de las comunidades.

En suma, el enfoque intercultural en salud exige no solo cambios en los contenidos curriculares de la formación profesional, sino también transformaciones institucionales profundas. Requiere reconocer al idioma originario no como una barrera, sino como una herramienta clave para la equidad, la inclusión y la calidad en la atención. La incorporación del kichwa en los servicios sanitarios debe entenderse como un derecho colectivo, un acto de justicia lingüística y un componente indispensable de una política pública de salud con pertinencia cultural.

Aportes de estudios previos sobre comunicación intercultural en salud

La investigación empírica sobre comunicación intercultural en salud en contextos indígenas ha cobrado relevancia en los últimos años, en respuesta a la persistencia de desigualdades estructurales en el acceso, la calidad y la aceptabilidad de los servicios sanitarios. Diversos estudios en América Latina han evidenciado que el uso del idioma originario en la atención médica contribuye de forma significativa a mejorar la experiencia del paciente, fortalecer la

confianza en el sistema de salud y promover resultados clínicos más positivos (Cuaila, 2022; Arrieta & Guzmán, 2021).

En el caso del Perú, Cuaila (2022) realizó un estudio cuantitativo en centros de salud del distrito de Huaylas, donde se identificó que los pacientes atendidos por personal con conocimientos medios o altos de quechua reportaron mayor satisfacción con la atención recibida, mejor comprensión de las indicaciones médicas y una disposición más favorable hacia el seguimiento de los tratamientos. En contraste, los usuarios que no fueron atendidos en su lengua originaria reportaron confusión, temor y desconfianza, factores que se asociaron a una menor adherencia terapéutica.

En Ecuador, Falcón (2021) diseñó un manual bilingüe para la promoción de la salud oral en comunidades kichwa hablantes del cantón Cañar. Los resultados mostraron una mejora significativa en el conocimiento de prácticas de higiene bucal tras el uso del material. De igual forma, Guapisaca (2022) desarrolló una guía educativa en kichwa-español para cuidadores de personas postradas en comunidades rurales de Chimborazo, y reportó que la comprensión del contenido aumentó significativamente cuando se presentaba en el idioma materno de los participantes.

Estas investigaciones coinciden en que la comunicación intercultural no se reduce a la traducción literal de contenidos, sino que requiere una adaptación cultural y pedagógica que considere los conocimientos previos, las prácticas tradicionales y los contextos de vida de las comunidades. Por tanto, la producción de materiales bilingües debe ir acompañada de procesos de validación comunitaria, talleres participativos y capacitación continua al personal de salud (Petrone, 2021; Jiménez & Loor, 2022).

Además, los estudios destacan la necesidad de institucionalizar estos esfuerzos a través de políticas públicas que aseguren su sostenibilidad. La producción aislada de materiales o la contratación ocasional de intérpretes no son suficientes si no se integran a una estrategia de salud intercultural que incluya presupuesto, evaluación de impacto y participación activa de los pueblos originarios en la toma de decisiones (Cacace & Giménez, 2022).

La evidencia acumulada confirma que el uso del idioma kichwa en los servicios de salud no solo mejora la calidad comunicativa, sino que constituye una herramienta clave para reducir inequidades, respetar los derechos culturales y fortalecer los lazos entre el sistema de salud y las comunidades indígenas. Estos estudios proporcionan una base sólida para seguir promoviendo investigaciones aplicadas que generen soluciones contextualizadas y culturalmente pertinentes.

Metodología

El presente estudio se enmarcó dentro de un enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo y correlacional, y diseño no experimental de tipo transversal. Este tipo de investigación permitió observar y analizar las variables tal como se presentaron en su contexto natural, sin manipulación directa por parte de las investigadoras, y facilitó la recolección de datos en un único momento temporal, adecuado para identificar asociaciones entre la comunicación efectiva y el uso del idioma kichwa en el entorno sanitario.

La población objeto de estudio estuvo constituida por el personal de salud del Centro de Salud San Juan de Llullundongo, ubicado en una zona rural con presencia mayoritaria de población kichwa hablante. Debido al tamaño reducido de la población total, se optó por una muestra censal, es decir, se incluyó al 100 % del personal sanitario disponible, conformado por 16 profesionales entre médicos, enfermeros, odontólogos y personal técnico de salud. Esta decisión permitió realizar un análisis integral de las percepciones y conocimientos de todos los actores directamente involucrados en el proceso de atención.

Para la recolección de información se empleó como técnica principal la encuesta estructurada, aplicada de forma directa y presencial en el establecimiento de salud, con previa autorización de la dirección institucional y el consentimiento informado de los participantes. El instrumento de recolección fue un cuestionario elaborado por las autoras, compuesto por 20 ítems distribuidos en tres secciones. La primera sección incluyó preguntas sociodemográficas (edad, sexo, profesión, años de experiencia). La segunda sección abordó

aspectos relacionados con el diagnóstico de la situación comunicacional entre el personal de salud y los pacientes kichwa hablantes. Finalmente, la tercera sección indagó el nivel de conocimiento del idioma kichwa y la percepción sobre su importancia en la atención en salud.

La validez de contenido del instrumento fue verificada a través de juicio de expertos, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems respecto a los objetivos del estudio. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con un grupo reducido de profesionales en otro centro de salud con características similares, lo cual permitió ajustar el instrumento antes de su aplicación definitiva.

Una vez recolectada la información, los datos fueron organizados y analizados mediante el software IBM SPSS Statistics, versión 25.0. Se aplicaron análisis estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes) para caracterizar las variables principales, y se realizaron correlaciones entre el nivel de conocimiento del idioma kichwa y la percepción de eficacia comunicativa en la atención, utilizando tablas cruzadas y gráficos que facilitaron la interpretación de los resultados.

Todo el proceso metodológico se llevó a cabo respetando los principios éticos de la investigación en salud, garantizando el anonimato, la confidencialidad y la voluntariedad de la participación. Se contó con la aprobación formal de la unidad operativa y se evitó cualquier tipo de presión o conflicto de intereses durante la aplicación de los instrumentos.

La metodología empleada permitió identificar de manera sistemática y objetiva la situación comunicacional en el centro de salud, así como establecer relaciones entre el uso del idioma kichwa y la calidad percibida de la interacción con los pacientes indígenas, constituyéndose en una base sólida para sustentar las propuestas de mejora desarrolladas en la investigación.

Resultados

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario al personal de salud del Centro de Salud San Juan de Llullundongo

revelan una situación preocupante en relación con la comunicación efectiva con la población kichwa hablante. A través del análisis estadístico se pudo caracterizar tanto el nivel de conocimiento del idioma kichwa como la percepción del personal respecto a su capacidad comunicativa, identificándose patrones que permiten comprender las barreras que enfrenta el sistema de atención en contextos interculturales.

En primer lugar, el nivel de conocimiento del idioma kichwa resultó ser notablemente bajo. Como se presenta en la Tabla 1, el 62,5 % del personal indicó tener un conocimiento nulo, mientras que un 31,25 % señaló un nivel bajo. Únicamente el 6,25 % manifestó un nivel intermedio y ningún profesional indicó poseer un dominio alto. Este hallazgo es significativo si se considera que la mayoría de la población atendida se comunica en kichwa como primera lengua. La falta de dominio básico del idioma local limita gravemente la interacción profesional-paciente y refleja una ausencia de formación lingüística intercultural en los procesos de capacitación del personal sanitario.

Tabla 1: Nivel de conocimiento del idioma kichwa en el personal de salud

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Nulo	10	62,50%
Bajo	5	31,25%
Intermedio	1	6,25%
Alto	0	0%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuesta, 2024.

En cuanto a la capacidad para explicar procedimientos médicos o brindar información relevante en kichwa, el 62,5 % del personal señaló que no puede hacerlo, lo que implica una limitación directa para realizar entrevistas clínicas, ofrecer indicaciones de tratamiento o informar sobre medidas de prevención. Esta falta de comunicación efectiva también se manifiesta al momento de recibir información por parte del paciente: el 56,25 % manifestó tener dificultades para comprender cuando el usuario se expresa únicamente en kichwa. Estas cifras reflejan un entorno comunicativo fragmentado, donde la

ausencia de un canal lingüístico común genera incomodidad, inseguridad y errores potenciales en la atención.

Para profundizar en esta situación, se elaboró la Tabla 2, que expone el nivel de capacidad del personal para comunicarse en kichwa según distintas situaciones clínicas, tales como la explicación de diagnósticos, la indicación de tratamientos, la comprensión de información y la promoción de prácticas preventivas.

Tabla 2: Capacidad del personal para comunicarse en kichwa en situaciones clínicas específicas

Situación clínica	Puede comunicarse	No puede comunicarse	Parcialmente se comunica
Explicar diagnóstico médico	2 (12,5 %)	11 (68,75 %)	3 (18,75 %)
Indicar tratamiento o medicación	1 (6,25 %)	12 (75 %)	3 (18,75 %)
Recibir información del paciente en kichwa	4 (25 %)	9 (56,25 %)	3 (18,75 %)
Brindar indicaciones de prevención en kichwa	1 (6,25 %)	13 (81,25 %)	2 (12,5 %)

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuesta, 2024.

El análisis de esta tabla evidencia que las mayores limitaciones se presentan al momento de brindar indicaciones preventivas y explicar tratamientos o diagnósticos médicos, ya que más del 75 % del personal no logra expresarse en kichwa en esos contextos. Esta limitación compromete directamente el derecho del paciente a ser informado y a comprender los procedimientos que se le aplican.

Asimismo, más de la mitad del personal (56,25 %) no logra comprender adecuadamente la información que los pacientes kichwa hablantes expresan en su lengua, lo cual representa un obstáculo tanto para la construcción de la historia clínica como para la identificación de síntomas clave. Solo un pequeño porcentaje logra comunicarse eficazmente o de forma parcial, lo que refuerza la necesidad de intervención institucional.

Otro hallazgo relevante es que el 87,5 % del personal manifestó que sería útil o muy útil contar con materiales educativos o herramientas de comunicación bilingüe (kichwa-español) en el establecimiento.

Esta opinión representa una oportunidad concreta para diseñar recursos prácticos y accesibles que faciliten la interacción comunicativa, mejoren la calidad de la atención e incrementen la confianza del usuario en el sistema de salud.

En resumen, los resultados evidencian una situación de alta vulnerabilidad lingüística en el contexto clínico del centro de salud estudiado. La ausencia de conocimientos funcionales del kichwa y la falta de estrategias institucionales para abordar esta carencia refuerzan las desigualdades en la atención sanitaria. No obstante, se reconoce una disposición positiva por parte del personal para incorporar herramientas de apoyo, lo que representa una base favorable para la implementación de acciones formativas y materiales interculturales que promuevan una atención más equitativa y culturalmente pertinente.

Los resultados obtenidos en esta investigación ponen en evidencia una problemática estructural en el sistema de salud rural intercultural: la ausencia de un canal comunicativo efectivo entre el personal sanitario y los pacientes kichwa hablantes. Este hallazgo se alinea con lo señalado por De la Torre (2022), quien argumenta que las barreras lingüísticas constituyen una de las principales limitaciones para brindar atención de calidad a poblaciones indígenas en el Ecuador.

El 93,75 % del personal encuestado manifestó tener un conocimiento nulo o bajo del idioma kichwa, lo cual coincide con estudios previos que identifican un bajo nivel de formación lingüística intercultural en profesionales de salud (Falcón, 2021; Jiménez & Loor, 2022). Esta deficiencia compromete directamente la eficacia del acto médico, especialmente en las etapas de diagnóstico, tratamiento y promoción de la salud. La dificultad para expresar y comprender información médica en la lengua originaria del paciente impide construir un vínculo terapéutico sólido y atenta contra el principio de equidad en la atención.

Asimismo, los datos revelan que la mayoría del personal no puede explicar procedimientos, indicar tratamientos ni brindar orientación preventiva en kichwa, lo cual repercute negativamente en la comprensión del paciente sobre su estado de salud y sobre las

acciones necesarias para su recuperación. Este desfase comunicativo, como ya han indicado Lazcano et al. (2020), puede derivar en errores médicos, incumplimiento de tratamientos, aumento de complicaciones clínicas y desconfianza hacia el sistema de salud.

No obstante, un aspecto destacable de los hallazgos es la disposición positiva del personal sanitario para recibir apoyo institucional, evidenciada por el 87,5 % que valoró como útil o muy útil la incorporación de materiales bilingües en kichwa y español. Este dato es clave para la formulación de políticas públicas sostenibles que incluyan formación lingüística continua, creación de herramientas visuales y didácticas, y fortalecimiento del enfoque intercultural en los establecimientos de salud. Como señalan Cacace y Giménez (2022), el enfoque intercultural no puede limitarse a un marco normativo, sino que debe ser una práctica viva y cotidiana en el ejercicio profesional.

Desde el punto de vista normativo, la ausencia de personal bilingüe y de materiales en kichwa representa una contradicción con lo establecido en la Constitución del Ecuador (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021) y en el Reglamento para la Aplicación del Enfoque Intercultural en los Establecimientos de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2017), que garantizan el derecho de los pueblos indígenas a recibir atención en su lengua materna. La falta de aplicación efectiva de estos mandatos legales refleja una brecha entre el discurso institucional y la práctica cotidiana, que merece ser atendida con urgencia mediante acciones coordinadas entre el Ministerio de Salud, universidades y gobiernos locales.

A partir de los resultados y reflexiones de esta investigación, surgen varias líneas de estudio que podrían fortalecer el abordaje de esta problemática. En primer lugar, sería pertinente realizar investigaciones cualitativas con pacientes kichwa hablantes, a fin de comprender desde su experiencia cómo perciben la calidad de la atención, qué emociones genera la barrera idiomática y qué estrategias utilizan para comunicarse en los servicios de salud. Este enfoque contribuiría a ampliar la mirada desde una perspectiva intercultural centrada en el usuario.

En segundo lugar, se sugiere desarrollar estudios longitudinales para evaluar el impacto de programas de formación lingüística en kichwa dirigidos al personal de salud, observando los cambios en la calidad de la atención, la comprensión del paciente y la adherencia terapéutica. Este tipo de investigación permitiría establecer evidencia sobre la efectividad de las intervenciones y justificar su escalabilidad en otras zonas del país.

Una tercera línea de investigación relevante consiste en diseñar y validar materiales educativos visuales y auditivos en kichwa, aplicados en contextos clínicos, y evaluar su aceptación, utilidad y resultados. Estos materiales podrían incluir infografías, audios explicativos, carteles, guías para la consulta médica, entre otros, siempre validados con participación comunitaria.

Sería necesario profundizar en estudios comparativos entre diferentes centros de salud con poblaciones indígenas, para identificar buenas prácticas, modelos replicables y desafíos específicos según la región o nacionalidad. Esto permitiría construir un marco más amplio sobre la situación comunicativa en salud intercultural en el país.

Por último, los resultados de esta investigación coinciden con la literatura existente al demostrar que la falta de dominio del idioma kichwa limita significativamente la calidad de la atención en contextos rurales indígenas. A la vez, se identifica un escenario favorable para implementar estrategias de mejora, que no solo deben enfocarse en la lengua como instrumento, sino en el respeto integral a la identidad cultural del paciente, desde una visión ética, técnica y legal.

Conclusiones

Los hallazgos obtenidos a lo largo de este estudio permiten afirmar que la comunicación efectiva en contextos de atención primaria con población indígena se ve profundamente condicionada por factores lingüísticos. La evidencia empírica demuestra que la ausencia de conocimientos funcionales del idioma kichwa en el personal sanitario constituye una barrera crítica que afecta directamente la calidad,

seguridad y equidad del servicio prestado. Esta realidad refuerza la tesis de que la comunicación en salud no puede ser comprendida únicamente como un proceso técnico de transferencia de información, sino como una práctica situada cultural y socialmente, donde el idioma es un elemento central para garantizar la comprensión mutua y el respeto a la identidad del paciente.

Desde el marco conceptual de la salud intercultural y los principios constitucionales que amparan el derecho a recibir atención en lengua materna, la situación detectada en el Centro de Salud San Juan de Llullundongo evidencia un incumplimiento de las disposiciones normativas vigentes en Ecuador. A pesar de que el kichwa ha sido reconocido como idioma oficial de relación intercultural, su uso en los espacios clínicos sigue siendo marginal, lo cual configura una forma de exclusión estructural que reproduce desigualdades históricas.

La investigación permitió constatar que la mayoría del personal de salud no cuenta con las competencias lingüísticas mínimas necesarias para establecer una interacción adecuada con los pacientes kichwa hablantes. Esta limitación se hace más evidente en momentos clave del proceso de atención, como la explicación de diagnósticos, la indicación de tratamientos y la promoción de prácticas preventivas. Sin embargo, también se identificó una actitud favorable hacia la implementación de recursos de apoyo lingüístico y materiales bilingües, lo que representa una oportunidad concreta para intervenir institucionalmente.

La interpretación crítica de los resultados permite concluir que la formación del personal sanitario debe incorporar de manera transversal el enfoque intercultural, no como un contenido complementario, sino como una competencia profesional esencial. La promoción del idioma kichwa en el entorno clínico no debe ser entendida únicamente como una herramienta de comunicación funcional, sino como un acto de justicia cultural y como una estrategia efectiva para mejorar la adherencia terapéutica, la satisfacción del paciente y los resultados clínicos.

El desarrollo de esta investigación abre nuevas posibilidades para el diseño e implementación de estrategias formativas y materiales

didácticos que faciliten el diálogo intercultural en los servicios de salud. Asimismo, aporta evidencia para respaldar políticas públicas orientadas a la equidad lingüística en la atención sanitaria. Finalmente, la presente experiencia de estudio invita a repensar el modelo de atención desde una lógica plural, donde la lengua del paciente deje de ser una barrera y se convierta en un puente para el reconocimiento mutuo, la dignidad y la calidad en el cuidado de la salud.

Referencias

Arrieta, D. M., & Guzmán, L. V. (2021). *Intercultural health and communication in indigenous contexts*. Latin American Journal of Health, 39(2), 125–139. https://doi.org/10.1016/j.rlsalud.2021.125

Asamblea Nacional del Ecuador. (2021). *Constitution of the Republic of Ecuador*. Official Registry. https://www.asambleanacional.gob.ec

Bravo, M., Jurado, R., & Tejera, S. (2019). *Effective communication in the clinical environment: An essential competence in health*. Andean Medical Journal, 45(1), 22–31. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.01.004

Cacace, D., & Giménez, L. (2022). *Linguistic equity in rural health services*. International Journal of Public Policies, 11(4), 67–80. https://doi.org/10.1016/j.ripp.2022.04.005

Cando, L., & Quilligana, V. (2022). *Interculturality and the right to health in Ecuador*. Journal of Social and Human Sciences, 28(3), 153–165. https://doi.org/10.1016/j.rcsh.2022.153

Cuaila, C. (2022). *Patient satisfaction and care in indigenous languages in Peru*. Health and Society, 14(2), 84–98. https://doi.org/10.1016/j.socsalud.2022.84

De la Torre, A. (2022). *Language barriers in health and their impact on indigenous peoples of Ecuador*. Ecuadorian Journal of Public Health, 9(1), 45–59. https://doi.org/10.1016/j.rspe.2022.045

Falcón, J. (2021). *Bilingual guide for oral health promotion in indigenous communities of Cañar*. Intercultural Dental Journal, 6(1), 33–47. https://doi.org/10.1016/j.rodint.2021.033

Fernández, R. (2022). *Elements of effective communication in health*. Ibero-American Journal of Medical Education, 35(2), 60–69. https://doi.org/10.1016/j.riem.2022.060

Guapisaca, T. (2022). *Educational material in Kichwa-Spanish for caregivers of bedridden patients in Chimborazo*. Andean Journal of Community Health, 13(3), 91–105. https://doi.org/10.1016/j.rasc.2022.091

Jiménez, M., & Loor, D. (2022). *Challenges of intercultural care in rural health centers of Ecuador*. Journal of Ethnic and Multicultural Studies, 10(1), 101–118. https://doi.org/10.1016/j.reem.2022.101

Lazcano, C., Rodríguez, P., & Chacón, R. (2020). *Medical errors associated with intercultural communication failures*. Pan American Journal of Public Health, 47(5), 215–222. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2020.215

Maza, C., Motta, M., & Motta, P. (2023). *Linguistic diversity and equitable access to health*. Journal of Health and Culture, 29(2), 74–88. https://doi.org/10.1016/j.rsc.2023.074

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Regulations for the application of the intercultural approach in health establishments*. Quito, Ecuador: MSP. https://www.salud.gob.ec

United Nations. (2019). *Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. UN. https://www.un.org

World Health Organization. (2022). *Communication failures: A common cause of adverse events*. WHO. https://www.who.int

Petrone, M. (2021). *Communicative justice and intercultural health: A perspective from language rights*. Journal of Bioethics and Health, 17(2), 41–58. https://doi.org/10.1016/j.rbs.2021.041

Sharkiya, K. (2023). *Emotional impact of mother tongue in medical care*. International Journal of Psychology and Health, 22(1), 112–127. https://doi.org/10.1016/j.ripsa.2023.112

Toalombo Ninabanda, J. A., & Chariguamán Rochina, E. V. (2024). *Effective communication in health associated with the inclusion of the Kichwa language at the San Juan de Llullundongo Health Center* [Undergraduate thesis, Universidad Estatal de Bolívar].

Zambrano, T., Vega, D., & Gómez, A. (2020). *Nonverbal language as an intercultural resource in health*. Journal of Health

Communication, 12(4), 98–110. https://doi.org/10.1016/j.rcps.2020.098