Integrative Health and Sciences. 2025; 2(2):60
doi: 10.63688/ihs.v2.i2.60

ORIGINAL

Self-care practices, traditional medicine, and barriers to healthcare access in rural communities of Ecuador and Bolivia: a comparative qualitative study

Prácticas de autocuidado, medicina tradicional y barreras de acceso a servicios de salud en comunidades rurales de Ecuador y Bolivia: estudio cualitativo comparativo

Rosa Cobeña Tallado[1]

[1] Universidad del Pacífico. Quito, Ecuador

Recibido: 02-07-2025 | Revisado: 20-07-2025 | Aceptado: 09-10-2025 | Publicado: 17-10-2025

Autor de correspondencia: Rosa Cobeña Tallado

ABSTRACT

Introduction: In rural communities, access to health services is shaped by territorial, economic, organizational, and cultural factors that also influence self-care practices. Objective: To analyze self-care practices, the use of traditional medicine, and perceived barriers to healthcare access among residents of rural communities in Guayas, Ecuador, and the municipality of El Alto, Bolivia. Methods: A qualitative, descriptive, interpretive, comparative, cross-sectional study was conducted. A convenience sample of 180 adults participated, with 90 from each country. Semi-structured interviews and non-participant observation were used, and the instruments were reviewed by five experts. Information was examined through thematic analysis and cross-context comparison. Results: The analysis was organized into six categories: everyday self-care, traditional medicine, professional care seeking, geographic barriers, economic and organizational barriers, and experiences with health services. Household practices were used as an initial response to symptoms perceived as mild, whereas persistence or worsening of symptoms encouraged professional care seeking. Mobility constraints, indirect costs, and service availability were present in both settings, while traditional medicine was more visible in the narratives from the Bolivian communities studied. Conclusions: Care decisions were shaped by the interaction of territorial conditions, household resources, previous experiences, and traditional knowledge; therefore, rural access requires responses adapted to each community context.

Keywords: rural health; self-care; traditional medicine; health services accessibility; qualitative research.

RESUMEN

Introducción: En las comunidades rurales, el acceso a los servicios sanitarios está condicionado por factores territoriales, económicos, organizacionales y culturales que también influyen en las prácticas de autocuidado. Objetivo: Analizar las prácticas de autocuidado, el uso de medicina tradicional y las barreras percibidas para acceder a servicios de salud entre habitantes de comunidades rurales del Guayas, Ecuador, y del municipio de El Alto, Bolivia. Métodos: Estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo y comparativo, de corte transversal. Participaron 180 adultos seleccionados por conveniencia, 90 por país. Se emplearon entrevistas semiestructuradas y observación no participante; los instrumentos fueron revisados por cinco expertos. La información se examinó mediante análisis temático y comparación entre contextos. Resultados: El análisis se organizó en seis categorías: autocuidado cotidiano, medicina tradicional, búsqueda de atención profesional, barreras geográficas, barreras económicas y organizacionales, y experiencia con los servicios. Las prácticas domésticas funcionaron como respuesta inicial ante molestias consideradas leves, mientras que la persistencia o agravamiento de los síntomas favoreció la búsqueda de atención profesional. Las barreras de movilidad, costos indirectos y disponibilidad de servicios estuvieron presentes en ambos contextos, con mayor visibilidad discursiva de la medicina tradicional en las comunidades bolivianas estudiadas. Conclusiones: Las decisiones de cuidado se configuraron por la interacción entre condiciones territoriales, recursos familiares, experiencias previas y conocimientos tradicionales, por lo que el acceso rural requiere respuestas adaptadas a cada contexto comunitario.

Palabras clave: salud rural; autocuidado; medicina tradicional; accesibilidad a los servicios de salud; investigación cualitativa.

© 2026, Los autores. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY 4.0).

INTRODUCCIÓN

El acceso continuo y horario es una de las condiciones necesarias para la prevención, el tratamiento y la continuidad en la atención. No obstante, las condiciones de acceso no se distribuyen uniformemente por el territorio, y las comunidades rurales se encuentran con dificultades importantes debido a la dispersión geográfica del medio rural, la escasa oferta de transportes, la disponibilidad errática no sólo de profesionales, sino también de medicamentos, los costos latentes por desplazarse y a las diferencias socioculturales que pueden transformar en un obstáculo la decisión de ir a buscar la atención profesional. En las Américas, estas dificultades son descritas, precisamente, como barreras que requieren de respuestas específicas para las poblaciones agrícolas[1].

En la ruralidad latinoamericana se conjugan factores estructurales con formas locales de organización del cuidado. Un estudio reciente sobre enfermería rural en la región, señala que los profesionales trabajan en escenarios marcados por condiciones socioeconómicas adversas, recursos limitados y necesidades de adaptación a contextos comunitarios diversos (2). Esta realidad es relevante porque la búsqueda de atención no sólo depende de la existencia de un establecimiento sanitario, sino de la posibilidad efectiva de llegar a él, de ser atendido de forma oportuna y de mantener la continuidad del tratamiento. En el caso ecuatoriano, la evidencia cualitativa ha demostrado que las barreras de acceso en el ámbito rural pueden ser de tipo financiero, estructural y cognitivo. Brusnahan y cols. observaron en comunidades rurales del sur del país dificultades relacionadas con el costo de los medicamentos, transporte, responsabilidades laborales y familiares, programación de citas y comprensión de la información sanitaria (3). Otros estudios realizados en el transcurso de la pandemia demostraron que los problemas en el suministro de medicamentos, la disminución de ingresos y la reorganización de los servicios afectaron la continuidad del cuidado de las personas con enfermedades crónicas, incluidas las personas que viven en zonas rurales (4). Estos antecedentes indican que las barreras pueden acumularse y afectar de manera diferente a cada hogar.

El sistema ecuatoriano ha puesto en marcha estrategias orientadas a acercar la atención primaria a poblaciones con dificultades de acceso. La Estrategia Médico del Barrio, que se implementó a través de equipos móviles que efectuaban visitas domiciliarias en zonas marginadas, demostró efectos favorables en algunos indicadores preventivos y de diagnóstico, aunque los resultados observados fueron variables dependiendo del tipo de atención analizada[5]. Al mismo tiempo, investigaciones sobre desigualdades en el uso de servicios han registrado transformaciones durante las reformas en salud, aunque también han revelado que las condiciones socioeconómicas aún influyen en las disparidades del acceso a los servicios[6]. Por ello, cobertura y acceso efectivo deben analizarse como dimensiones vinculadas pero no equiparables.

La importancia de la dimensión cultural se hace particularmente relevante en territorios donde coexisten los conocimientos biomédicos con las prácticas tradicionales. Los ecuatorianos sanadores indígenas identificaron tanto oportunidades de cooperación con el sistema formal como barreras relacionadas con reconocimiento, comunicación y diferencias en las concepciones de salud y enfermedad, según Bautista-Valarezo y cols.[7]. En este sentido el autocuidado puede incluir prácticas familiares, uso de plantas medicinales, remedios caseros y decisiones sobre cuándo se considera necesaria la consulta profesional.

En Bolivia, el uso de medicina tradicional y plantas medicinales forma parte de diversos contextos socioculturales. Justo-Chipana y Moraes documentaron, mediante entrevistas semiestructuradas, conocimientos y usos de plantas medicinales comercializadas por chifleras en La Paz y El Alto[8]. En comunidades yuracarés del TIPNIS también se ha registrado un amplio conocimiento y utilización de plantas medicinales dentro de prácticas comunitarias de salud[9]. Estas investigaciones no permiten asumir que las mismas prácticas estén presentes de igual manera en todas las comunidades bolivianas, pero muestran la vigencia de conocimientos tradicionales dentro del país.

Las dificultades de acceso rural en Bolivia también han sido abordadas desde la experiencia de los usuarios. En pacientes con leishmaniasis de áreas rurales, Eid et al. encontraron que la gravedad de los síntomas y la alteración del funcionamiento cotidiano impulsaban la búsqueda de atención biomédica, mientras que las barreras de accesibilidad contribuían a trayectorias entre medicina tradicional y servicios públicos[10]. Ese hallazgo, aunque corresponde a una enfermedad específica, resulta útil para comprender que la búsqueda de atención puede producirse de forma gradual y estar condicionada por factores que exceden la preferencia cultural.

Los modelos interculturales intentan aproximar diferentes sistemas de conocimiento, aunque su articulación práctica presenta desafíos. Torri y Hollenberg analizaron una experiencia boliviana en

la que la medicina tradicional y la atención biomédica coexistían dentro de un marco intercultural, destacando dificultades para alcanzar un reconocimiento equilibrado entre ambos sistemas (11). De forma complementaria, estudios sobre prácticas culturales de uso de plantas medicinales en otros contextos andinos muestran que estos recursos continúan formando parte de las estrategias familiares frente a problemas de salud (12).

A pesar de la existencia de estudios sobre acceso rural, medicina tradicional e interculturalidad, son menos frecuentes las investigaciones cualitativas que analizan conjuntamente estas dimensiones en comunidades de Ecuador y Bolivia mediante una comparación contextual. Explorar las experiencias de los propios habitantes permite identificar cómo se combinan recursos domésticos, conocimientos tradicionales, condiciones de movilidad, costos y experiencias previas con los servicios.

Por lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue analizar las prácticas de autocuidado, el uso de medicina tradicional y las barreras percibidas para el acceso a servicios de salud entre habitantes de comunidades rurales del Guayas, Ecuador, y comunidades rurales del municipio de El Alto, Bolivia, mediante entrevistas semiestructuradas y observación no participante.

METODOLOGÍA

Se desarrolló una investigación empírica con enfoque cualitativo, alcance descriptivo e interpretativo y diseño comparativo de corte transversal. El estudio se orientó a comprender las prácticas de autocuidado, el uso de medicina tradicional y las barreras percibidas para acceder a los servicios de salud desde las experiencias de habitantes de comunidades rurales de Ecuador y Bolivia.

El trabajo se realizó en dos contextos geográficos. En Ecuador se incluyeron recintos rurales de la provincia del Guayas, caracterizados por asentamientos dispersos y necesidad de desplazamiento hacia cabeceras parroquiales o cantonales para determinadas prestaciones. En Bolivia se incluyeron comunidades rurales vinculadas al municipio de El Alto, departamento de La Paz. La selección de ambos contextos respondió al interés por examinar territorios en los que coexistieran prácticas de autocuidado, conocimientos tradicionales y utilización de servicios formales de atención.

La población de interés estuvo constituida por personas adultas residentes en las comunidades seleccionadas. Se trabajó con 180 participantes, 90 de Ecuador y 90 de Bolivia, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra no se estableció con fines de representatividad estadística, sino para incorporar diversidad de experiencias en ambos contextos. Se incluyeron personas de 18 años o más, con residencia habitual de al menos un año en la comunidad y disposición voluntaria para participar. Se excluyeron visitantes temporales, personas que no pudieran completar la entrevista y quienes no aceptaran participar.

La recolección de información se realizó mediante entrevista semiestructurada y observación no participante. La guía de entrevista exploró prácticas cotidianas de autocuidado, uso de remedios domésticos y plantas medicinales, criterios para buscar atención profesional, experiencias previas con los servicios y dificultades económicas, geográficas, organizacionales o culturales. La ficha de observación registró condiciones del entorno relacionadas con movilidad, accesibilidad física, disponibilidad visible de transporte, características de las vías y proximidad relativa a servicios sanitarios.

La guía de entrevista y la ficha de observación fueron sometidas a juicio de cinco expertos con experiencia en salud comunitaria, atención primaria e investigación cualitativa. La revisión consideró claridad, pertinencia, coherencia y correspondencia de cada elemento con los objetivos y categorías del estudio. Las observaciones fueron incorporadas antes de la aplicación definitiva. Por tratarse de herramientas cualitativas, no se utilizaron coeficientes de consistencia interna diseñados para escalas psicométricas.

Las entrevistas se organizaron en matrices de análisis y fueron examinadas mediante análisis temático. En una primera fase se realizó lectura integral del material para familiarización con los relatos; posteriormente se identificaron unidades de significado y códigos iniciales. Los códigos conceptualmente relacionados se agruparon en categorías y subcategorías. El análisis se efectuó primero dentro de cada contexto nacional y luego de manera comparativa, identificando convergencias y diferencias sin realizar inferencias estadísticas entre los grupos.

Los registros de observación se cotejaron con los contenidos de las entrevistas como estrategia de triangulación de técnicas. Se usaron códigos alfanuméricos sin información identificable para la presentación de los testimonios. La interpretación se orientó a identificar patrones recurrentes, casos divergentes y los elementos contextuales que fueran relevantes para comprender las

decisiones de cuidado.

La participación fue voluntaria, se respetó el anonimato y la confidencialidad. Antes de cada entrevista se explicó el propósito del estudio, el uso científico de los datos y el derecho a retirarse sin consecuencias. No se apuntaron nombres ni identificadores directos.

RESULTADOS

El análisis se organizó en seis categorías centrales: prácticas cotidianas de autocuidado, medicina tradicional, criterios para buscar atención profesional, barreras geográficas, barreras económicas y organizacionales, y experiencias con los servicios. Los patrones identificados mostraron elementos comunes entre los dos contextos, aunque con diferencias en la visibilidad de las prácticas tradicionales y en la forma en que las condiciones territoriales afectaban el desplazamiento.

El autocuidado apareció como una respuesta inicial frente a molestias consideradas leves o conocidas. Los relatos incluyeron reposo, modificaciones temporales de la alimentación, aumento del consumo de líquidos, infusiones, plantas medicinales y uso de medicamentos disponibles previamente en el hogar. La continuidad de estas medidas dependía de la percepción de gravedad, la experiencia previa con síntomas similares y la posibilidad de desplazarse hacia un establecimiento sanitario.

En ambos contextos, la persistencia o el agravamiento de los síntomas marcó un punto de transición hacia la búsqueda de atención profesional. Los conocimientos familiares tuvieron un papel relevante en la selección de las medidas iniciales, especialmente en prácticas transmitidas entre generaciones. En Ecuador predominó la referencia a remedios domésticos y cuidados familiares; en Bolivia, además de estas estrategias, los relatos otorgaron mayor visibilidad a plantas medicinales y conocimientos tradicionales de uso comunitario.

Tabla 1. Categorías y principales hallazgos del análisis cualitativo

Categoría	Síntesis del hallazgo
Autocuidado cotidiano	Reposo, hidratación, cambios alimentarios, remedios domésticos y recursos disponibles en el hogar.
Medicina tradicional	Uso de plantas, infusiones y conocimientos familiares o comunitarios como parte del manejo inicial.
Búsqueda de atención	Consulta profesional ante persistencia, agravamiento o falta de mejoría con medidas domésticas.
Barreras geográficas	Distancia, transporte irregular, estado de las vías y tiempo de desplazamiento.
Barreras económicas y organizacionales	Costos de movilidad y medicamentos, pérdida de jornada laboral, horarios, turnos y disponibilidad.
Experiencia con servicios	Importancia del trato, claridad de la información, tiempos de espera y capacidad resolutiva.

Nota. Los hallazgos se organizaron en categorías temáticas a partir de los patrones identificados en las entrevistas y observaciones realizadas.

El uso de plantas medicinales y preparados tradicionales estuvo presente en los dos contextos. Los participantes relacionaron estas prácticas con molestias digestivas, respiratorias, dolores musculares y otros problemas percibidos como manejables en el hogar. En los recintos del Guayas se describieron principalmente como conocimientos familiares; en las comunidades rurales de El Alto aparecieron con mayor presencia dentro de las narraciones sobre cuidado cotidiano.

La medicina tradicional no fue descrita necesariamente como una alternativa excluyente frente a la atención formal. En diferentes relatos se observó una secuencia de cuidado en la que las medidas domésticas eran utilizadas inicialmente y la consulta profesional se incorporaba cuando los síntomas persistían o se percibían como de mayor gravedad.

Las barreras de acceso se expresaron como un fenómeno multidimensional. La distancia hacia los establecimientos se combinó con disponibilidad irregular de transporte, costos indirectos y limitaciones organizacionales. En los recintos rurales del Guayas se describió la necesidad de trasladarse hacia cabeceras parroquiales o cantonales para determinadas prestaciones. En el contexto boliviano, las dificultades estuvieron asociadas con los desplazamientos entre comunidades rurales y zonas con mayor concentración de servicios.

Los gastos de transporte, la compra de medicamentos y la pérdida temporal de actividades laborales fueron mencionados como factores que podían postergar la consulta. A estas dificultades se sumaron horarios de atención, tiempos de espera, disponibilidad de personal y necesidad de desplazamiento hacia establecimientos de mayor capacidad resolutiva.

Tabla 2. Comparación contextual de los principales hallazgos

Dimensión	Guayas, Ecuador	El Alto, Bolivia
Autocuidado inicial	Remedios domésticos, reposo, infusiones y medicamentos disponibles en el hogar.	Cuidados domésticos combinados con plantas medicinales y conocimientos tradicionales.
Transmisión del conocimiento	Predominio familiar e intergeneracional.	Familiar e intergeneracional, con mayor visibilidad comunitaria en los relatos.
Acceso geográfico	Desplazamiento hacia cabeceras parroquiales o cantonales.	Desplazamiento desde comunidades rurales hacia zonas con mayor concentración de servicios.
Barreras económicas	Transporte, medicamentos y pérdida temporal de actividades productivas.	Transporte, medicamentos y costos asociados al desplazamiento.
Relación entre sistemas de cuidado	Complementariedad entre prácticas domésticas y atención formal.	Convivencia más explícita entre atención biomédica y medicina tradicional.

Nota. La comparación es cualitativa y contextual; no representa una estimación de prevalencias ni una comparación estadística entre países.

Las experiencias con los servicios fueron heterogéneas. Los participantes valoraron positivamente la comunicación clara, el trato respetuoso y la resolución efectiva del problema. Las experiencias menos favorables estuvieron relacionadas con tiempos de espera, falta de medicamentos o necesidad de regresar en otra fecha. La experiencia previa influyó en la disposición posterior para buscar nuevamente atención profesional, aunque no actuó como un factor aislado.

Los hallazgos apuntaron a que las decisiones de cuidado no se debían a un solo factor. La decisión de permanecer temporalmente en el hogar o buscar atención profesional interactuaba con el autocuidado, los conocimientos tradicionales, la movilidad, los recursos económicos y la experiencia previa con los servicios. Se interpretó que la mayor presencia de referencias a la medicina tradicional en el grupo boliviano era una diferencia discursiva entre las comunidades estudiadas y no como evidencia de una mayor prevalencia a nivel nacional.

Tabla 3. Relación entre condiciones del entorno y decisiones de cuidado

Condición	Respuesta descrita	Implicación interpretativa
Distancia al establecimiento	Mayor uso inicial de medidas domésticas.	La distancia puede elevar el umbral para buscar atención.
Transporte limitado	Dependencia de familiares o desplazamientos planificados.	Menor posibilidad de consulta inmediata.
Gastos asociados	Priorización de la consulta ante problemas percibidos como graves.	Los costos indirectos condicionan la oportunidad del acceso.
Experiencias positivas	Mayor disposición para regresar al servicio.	La confianza se construye a partir de experiencias concretas.
Experiencias negativas	Mayor uso inicial de alternativas domésticas.	La experiencia previa interactúa con otras barreras.
Conocimientos tradicionales	Uso inicial o complementario de plantas y preparados.	Coexistencia de recursos tradicionales y biomédicos.

Nota. Interpretaciones derivadas de los patrones cualitativos.

DISCUSIÓN

Los hallazgos muestran que el acceso sanitario rural debe interpretarse como un proceso en el que interactúan disponibilidad de servicios, condiciones territoriales, recursos económicos, experiencias de atención y conocimientos culturales. Esta lectura coincide con evaluaciones realizadas en poblaciones rurales ecuatorianas, pero requiere diferenciar lo observado en el presente estudio de los resultados de investigaciones previas desarrolladas en otros territorios.

Eckhardt et al. evaluaron cualitativamente la implementación de la reforma sanitaria ecuatoriana en poblaciones marginadas y describieron percepciones favorables sobre algunos cambios en la atención primaria, junto con problemas persistentes relacionados con disponibilidad de personal, medicamentos y distancia a los servicios[13]. Este antecedente no implica que esas mismas deficiencias estén presentes de manera idéntica en los recintos estudiados del Guayas; sin embargo, permite situar las barreras territoriales y organizacionales encontradas dentro de un problema previamente documentado en áreas rurales del país.

Biermann et al. analizaron la colaboración entre una organización no gubernamental y servicios públicos en una zona rural remota de Ecuador. La población valoró positivamente el incremento de servicios, pero los autores también mostraron que las expectativas y la confianza dependían de la forma en que la atención se integraba con las estructuras existentes[14]. En nuestro estudio, la experiencia previa con los servicios apareció vinculada con la disposición para regresar, aunque no puede afirmarse que determine por sí sola la conducta futura; los relatos sugieren que actúa junto con distancia, costos y disponibilidad.

La dimensión intercultural debe interpretarse con especial cautela. Herrera et al. describieron la salud intercultural ecuatoriana como un proyecto marcado por asimetrías entre modelos de conocimiento y por una integración incompleta de prácticas tradicionales[15]. Gallegos et al., en dos parroquias rurales de la Sierra central, encontraron diferentes niveles de integración, coexistencia, tolerancia e intolerancia de prácticas tradicionales en embarazo y parto, con variaciones asociadas al contexto local y a las decisiones de los profesionales[16]. Ninguno de estos estudios se realizó en los recintos del Guayas incluidos aquí, por lo que sus conclusiones no son transferibles directamente; su utilidad reside en mostrar que la relación entre medicina tradicional y sistema formal varía según territorio y actores.

Nugus et al. estudiaron el tamizaje de cáncer cervical en una comunidad indígena rural ecuatoriana y observaron que las participantes gestionaban activamente su relación con la medicina biomédica mediante redes sociales, experiencias previas y conocimientos locales, al tiempo que persistían obstáculos organizacionales[17]. Aunque el problema sanitario fue específico, este antecedente ayuda a evitar una interpretación simplista del autocuidado como rechazo a la atención formal. En nuestros hallazgos, las medidas domésticas funcionaron con mayor frecuencia como una respuesta inicial que podía ser seguida por consulta profesional cuando cambiaba la percepción de gravedad.

La evidencia regional también indica que el acceso de poblaciones indígenas a la atención primaria está condicionado por factores culturales y organizativos. Sandes et al., en una revisión integrativa sobre pueblos indígenas sudamericanos, identificaron la necesidad de fortalecer la adecuación cultural, la relación entre equipos sanitarios y comunidades y la organización de la atención primaria18. Este marco es compatible con la interpretación multidimensional del acceso observada en el presente estudio, pero no demuestra que una intervención intercultural específica sea suficiente para resolver las barreras descritas.

En Bolivia, Barger et al. evaluaron una intervención materna y neonatal apoyada por trabajadores comunitarios en poblaciones indígenas del altiplano, diseñada para mejorar el alcance de los servicios en grupos con acceso insuficiente (19). El estudio se centró en salud materna y neonatal y, por ello, no puede extrapolarse a todas las necesidades de salud rural. Sin embargo, muestra que la proximidad comunitaria y la participación de actores locales han sido consideradas componentes operativos para acercar servicios a poblaciones desatendidas.

Desde el contexto ecuatoriano, Aldulaimi y Mora describieron la reorganización de la atención primaria como un componente necesario para mejorar eficiencia y cobertura, particularmente en poblaciones rurales y desatendidas20. En relación con nuestros resultados, este antecedente sugiere que aumentar la disponibilidad formal constituye solo una parte de la respuesta, dado que los participantes también mencionaron costos indirectos, movilidad y experiencia previa con los servicios.

La participación comunitaria tampoco debe atribuirse únicamente a diferencias culturales. Aizenberg, al analizar la participación de mujeres indígenas dentro de un programa intercultural boliviano, planteó que las redes sociales y el capital comunitario podían influir en la participación sanitaria y en el aprovechamiento de recursos disponibles21. El presente estudio no evaluó capital social ni empoderamiento, por lo que no corresponde asumir los mismos mecanismos. No obstante, este trabajo ayuda a ampliar la interpretación más allá de una oposición entre cultura tradicional y medicina moderna.

Badanta et al., mediante un estudio cualitativo con población indígena de la Amazonía peruana, describieron problemas de acceso vinculados con distancia, desigualdades y disponibilidad de recursos, además del uso de medicina tradicional22. Bautista-Gomez et al., en comunidades

indígenas rurales de Colombia afectadas por leishmaniasis cutánea, identificaron barreras geográficas, económicas, socioculturales y administrativas23. Ambos antecedentes proceden de países y problemas sanitarios distintos, por lo que no son evidencia directa sobre Ecuador o Bolivia; su coincidencia radica en mostrar que las barreras rurales suelen acumularse en múltiples dimensiones.

La relación entre competencia cultural y autoridad biomédica también ha sido examinada en la Amazonía peruana. Del Mastro observó que las políticas de atención culturalmente competente podían estar condicionadas por la forma en que los proveedores mantenían su autoridad profesional y delimitaban el lugar de la medicina tradicional24. Este hallazgo es pertinente para interpretar la decisión de algunos participantes de comunicar o no el uso de plantas medicinales durante la consulta. En nuestro caso, los datos describen percepciones y no permiten evaluar directamente las actitudes del personal sanitario.

Berlowitz et al. exploraron perspectivas de sanadores tradicionales amazónicos y mostraron la existencia de conceptos propios sobre salud, enfermedad y curación que pueden diferir de categorías biomédicas25. Esta evidencia reciente, publicada antes del corte bibliográfico de junio de 2025, refuerza la necesidad de no reducir la medicina tradicional a una lista de plantas o remedios. En el presente estudio, sin embargo, el objetivo no fue caracterizar sistemas epistemológicos completos, sino comprender el lugar que las prácticas tradicionales ocupaban dentro de decisiones cotidianas de cuidado.

Aguilar-Peña et al. señalaron que la salud intercultural supone reconocer modelos indígenas de salud y promover una relación entre saberes, más allá de la simple cobertura institucional (26). Desde esta perspectiva, la coexistencia observada entre autocuidado, plantas medicinales y atención formal puede interpretarse como parte de un continuo de decisiones. Ello no significa que todas las prácticas tradicionales sean seguras o eficaces; el diseño cualitativo empleado no permite evaluar eficacia clínica, dosis, interacciones o efectos adversos.

Coombs et al., en un estudio cualitativo con proveedores rurales, mostraron que el acceso sanitario incluye dimensiones sociales, culturales y programáticas difíciles de capturar mediante indicadores exclusivamente cuantitativos27. Aunque su contexto no fue latinoamericano, el planteamiento resulta útil para la interpretación metodológica de nuestros hallazgos: la distancia o el número de establecimientos no explican por sí solos la experiencia de acceso cuando intervienen aceptabilidad, confianza, horarios y adecuación de los servicios.

La literatura ecuatoriana sobre plantas medicinales ha documentado una amplia diversidad de especies y usos etnomédicos, aunque buena parte de esta evidencia se centra en propiedades químicas o farmacológicas y no en decisiones de acceso sanitario. Bailon-Moscoso et al. revisaron especies medicinales ecuatorianas con potencial anticancerígeno y destacaron la riqueza etnobotánica del país28. Este antecedente respalda la existencia de un acervo medicinal vegetal, pero no debe utilizarse para atribuir eficacia clínica a las preparaciones mencionadas por los participantes de este estudio.

La principal diferencia cualitativa entre los contextos estudiados fue la mayor visibilidad discursiva de la medicina tradicional en las comunidades bolivianas. Dado el muestreo por conveniencia y la naturaleza cualitativa del estudio, este resultado no permite concluir que la medicina tradicional sea más frecuente en Bolivia que en Ecuador. Puede reflejar diferencias territoriales, composición de los participantes, historia local o formas distintas de narrar el cuidado. Del mismo modo, la comparación entre Guayas y El Alto debe entenderse como contextual y no como una comparación representativa entre los sistemas nacionales de salud.

Las limitaciones incluyen la selección de participantes de manera no probabilística, la dependencia de las experiencias auto-informadas y la imposibilidad de verificar de forma objetiva, a través de este diseño, todos los tiempos de desplazamiento, los costos, la disponibilidad de medicamentos o la frecuencia real de las prácticas descritos. La amplitud de la muestra cualitativa permitió incluir diversidad de experiencias, pero no es un sustituto de los criterios de representatividad estadística. La observación aportó contexto para la triangulación, aunque no elimina posibles sesgos de recuerdo o deseabilidad social.

A partir de estos resultados, las estrategias orientadas a mejorar el acceso rural deberían considerar la movilidad, los costos indirectos, la continuidad de la atención, la comunicación entre usuarios y profesionales y las prácticas culturales presentes en cada territorio. Esta afirmación es una implicación interpretativa del estudio, y no una demostración de la efectividad de una intervención específica.

CONCLUSIONES

Las prácticas de autocuidado constituyeron una respuesta habitual que se presenta de forma frecuente en situaciones de problemas de salud percibidos como leves, a partir de un conjunto de recursos disponibles en casa, la práctica del descanso, la práctica de modificaciones en la alimentación, la práctica de la toma de infusiones, la práctica de la utilización de plantas medicinales hasta antes de la valoración de la necesidad de una consulta profesional.

Las barreras de acceso específicas encontradas principalmente se encontraron relacionadas con la distancia, la disponibilidad de las alternativas de transporte en el tiempo, la cuantificación de costos indirectos, la disponibilidad de horarios de atención, la disponibilidad de los medicamentos y experiencias con los establecimientos sanitarios.

La medicina tradicional estuvo presente en ambos contextos, siendo más evidente en las narrativas provenientes de las comunidades rurales de El Alto. En esta línea, su uso no aparece necesariamente como un recurso sustitutivo de la atención biomédica, sino como uno que formaba parte de secuencias de cuidados que podían combinar recursos de tipo doméstico con prestaciones de servicio formal.

La comparación contextual mostró que las decisiones de búsqueda de la atención estuvieron condicionadas por circunstancias de tipo territorial, económico, cultural y organizacional; por ello, las respuestas encaminadas a dignificar el acceso rural deben adaptarse a las características particulares de cada comunidad, sin generalizar entre países.

Referencias

1. Houghton N, Bascolo E, Cohen RR, Cruz Vilcarromero NL, Rodriguez Gonzalez H, Albrecht D, et al. Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond. Rural Remote Health. 2023;23(1):7822. https://doi.org/10.22605/RRH7822
2. López-Andrade CI, Mijangos Fuentes KI. Enfermería rural en Latinoamérica: cuidando en la adversidad en los últimos 10 años. Revisión sistemática. Enferm Cuid Humaniz. 2025;14(1). https://doi.org/10.22235/ech.v14i1.4196
3. Brusnahan A, Carrasco-Tenezaca M, Bates BR, Roche R, Grijalva MJ. Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador. Int J Equity Health. 2022;21:55. https://doi.org/10.1186/s12939-022-01660-1
4. Puig-García M, Rivadeneira MF, Peralta A, Chilet-Rosell E, Benazizi-Dahbi I, Hernández-Enríquez M, et al. Access to health services for chronic disease care during the COVID-19 pandemic in Ecuador: a qualitative analysis using a Social Determinants of Health approach. Glob Public Health. 2023;18(1):2224859. https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2224859
5. Galárraga O, Quijano-Ruiz A, Faytong-Haro M. The effects of mobile primary health teams: evidence from the Médico del Barrio strategy in Ecuador. World Dev. 2024;181:106659. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2024.106659
6. Granda ML, Jimenez WG. The evolution of socioeconomic health inequalities in Ecuador during a public health system reform (2006-2014). Int J Equity Health. 2019;18:31. https://doi.org/10.1186/s12939-018-0905-y
7. Bautista-Valarezo E, Duque V, Verhoeven V, Mejia Chicaiza J, Hendrickx K, Maldonado-Rengel R, et al. Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system: barriers and opportunities. BMC Complement Med Ther. 2021;21:65. https://doi.org/10.1186/s12906-021-03234-0
8. Justo-Chipana M, Moraes RM. Plantas medicinales comercializadas por las chifleras de La Paz y El Alto, Bolivia. Ecología en Bolivia. 2015;50(2):66-90.
9. Peredo Lazarte A, Pinto Rios CR. Conocimiento y utilización de plantas medicinales en comunidades yuracares. TIPNIS, Cochabamba, Bolivia. Gac Med Bol. 2020;43(1):41-48.
10. Eid D, San Sebastian M, Hurtig AK, Goicolea I. Leishmaniasis patients' pilgrimage to access health care in rural Bolivia: a qualitative study using human rights to health approach. BMC Int Health Hum Rights. 2019;19(1):12. https://doi.org/10.1186/s12914-019-0196-4
11. Torri MC, Hollenberg D. Indigenous traditional medicine and intercultural healthcare in Bolivia: a case study from the Potosi region. J Community Health Nurs. 2013;30(4):216-229. https://doi.org/10.1080/07370016.2013.838495
12. Condori-Apaza M, Ruiz-Aquino M, Reyna-Arauco GA, Villavicencio-Condori AC, Llanos de Tarazona MI. Creencias y prácticas culturales de uso de plantas medicinales en el contexto de la COVID-19 en pobladores de la Sierra y Selva Central de Perú. Gac Med Bol. 2023;46(2):46-51. https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.580
13. Eckhardt M, Carlfjord S, Faresjö T, Crespo-Burgos A, Forsberg BC, Falk M. Universal Health Coverage in Marginalized Populations: a qualitative evaluation of a health reform implementation in rural Ecuador. Inquiry. 2019;56:46958019880699. https://doi.org/10.1177/0046958019880699
14. Biermann O, Eckhardt M, Carlfjord S, Falk M, Forsberg BC. Collaboration between non-governmental organizations and public services in health: a qualitative case study from rural Ecuador. Glob Health Action. 2016;9:32237. https://doi.org/10.3402/gha.v9.32237
15. Herrera D, Hutchins F, Gaus D, Troya C. Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incomplete project. Anthropol Med. 2019;26(3):328-344. https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507102
16. Gallegos CA, Waters WF, Kuhlmann AS. Discourse versus practice: are traditional practices and beliefs in pregnancy and childbirth included or excluded in the Ecuadorian health care system? Int Health. 2017;9(2):105-111. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw053
17. Nugus P, Désalliers J, Morales J, Graves L, Evans A, Macaulay AC. Localizing global medicine: challenges and opportunities in cervical screening in an indigenous community in Ecuador. Qual Health Res. 2018;28(5):800-812. https://doi.org/10.1177/1049732317742129
18. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS, Leite KBS. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. Rev Panam Salud Publica. 2018;42. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.163
19. Barger D, Pooley B, Dupuy JR, Cardenas NA, Wall S, Owen H, et al. Bolivia programme evaluation of a package to reach an underserved population: community-based maternal and newborn care economic analysis. Health Policy Plan. 2017;32(Suppl 1). https://doi.org/10.1093/heapol/czv133
20. Aldulaimi S, Mora FE. A primary care system to improve health care efficiency: lessons from Ecuador. J Am Board Fam Med. 2017;30(3):380-383. https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.03.160304
21. Aizenberg L. Facilitating Indigenous women's community participation in healthcare: a critical review from the social capital theory. Health Sociol Rev. 2014;23(2):91-101. https://doi.org/10.1080/14461242.2014.11081964
22. Badanta B, Lucchetti G, Barrientos-Trigo S, Fernández-García E, Tarriño-Concejero L, Vega-Escaño J, et al. Healthcare and health problems from the perspective of indigenous population of the Peruvian Amazon: a qualitative study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):7728. https://doi.org/10.3390/ijerph17217728
23. Bautista-Gomez MM, Doerfler J, Castro MM. Barriers to cutaneous leishmaniasis care faced by indigenous communities of rural areas in Colombia: a qualitative study. BMC Infect Dis. 2022;22:302. https://doi.org/10.1186/s12879-022-07204-w
24. Del Mastro NI. Providing culturally competent and universal health care in the Peruvian Amazon: the role of medical authority. Soc Sci Med. 2022;315:115556. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115556

25. Berlowitz I, Pesantes MA, Cárdenas Palacios C, Martin-Soelch C, Wolf U, Maake C. Towards culturally inclusive healthcare in Peru: mapping epistemic concepts in contemporary Indigenous Amazonian medicine-traditional healers' perspectives. PLOS Glob Public Health. 2025;5(1). https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003912
26. Aguilar-Peña M, Tobar Blandón MF, García-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Rev Salud Publica. 2020;22(4):463-467. https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320
27. Coombs NC, Campbell DG, Caringi J. A qualitative study of rural healthcare providers' views of social, cultural, and programmatic barriers to healthcare access. BMC Health Serv Res. 2022;22:438. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07829-2
28. Bailon-Moscoso N, Romero-Benavides JC, Tinitana-Imaicela F, Ostrosky-Wegman P. Medicinal plants of Ecuador: a review of plants with anticancer potential and their chemical composition. Med Chem Res. 2015;24(6):2283-2296. https://doi.org/10.1007/s00044-015-1335-7

Financiación

Ninguno.

Conflictos de interés

No existe.

Contribución de autoría

Conceptualización: Rosa Cobeña Tallado.
Metodología: Rosa Cobeña Tallado.
Investigación: Rosa Cobeña Tallado.
Redacción – borrador original: Rosa Cobeña Tallado.
Redacción – revisión y edición: Rosa Cobeña Tallado.