








**Research Article**

# Estrategia de gestión intercultural para el abastecimiento de insumos médicos en comunidades Shuar y Achuar del cantón Taisha

## *Intercultural management strategy for the supply of medical inputs in Shuar and Achuar communities of the Taisha canton*

 Angamarca-Yupa, Janeth Yolanda <sup>1</sup>  
 <https://orcid.org/0009-0007-6738-7544>  
 [jhaneth.angamarca@unach.edu.ec](mailto:jhaneth.angamarca@unach.edu.ec)  
 Ecuador, Riobamba, Universidad Nacional de Chimborazo

 Guerrero-Arrieta, Katherine Geovanna <sup>2</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0003-2278-8954>  
 [geovanna.guerrero@unach.edu.ec](mailto:geovanna.guerrero@unach.edu.ec)  
 Ecuador, Riobamba, Universidad Nacional de Chimborazo

Autor de correspondencia <sup>1</sup>



DOI / URL: <https://doi.org/10.69484/rcz/v5/n1/159>

**Resumen:** La persistencia del desabastecimiento de medicamentos e insumos en territorios amazónicos remotos limita la continuidad, debilita programas preventivos y profundiza la desconfianza hacia los servicios públicos, especialmente cuando existen barreras lingüísticas y culturales. En este contexto, la investigación tuvo como objetivo diagnosticar la situación de abastecimiento de insumos médicos en las comunidades Shuar y Achuar del cantón Taisha, identificando brechas y factores condicionantes. Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, transversal y de campo (junio–noviembre 2025), con una muestra de 376 participantes (55 profesionales del MSP y 321 usuarios comunitarios), mediante encuestas tipo Likert y análisis en SPSS con estadística descriptiva y correlación de Spearman. Los resultados evidenciaron insuficiencia de stock de medicamentos esenciales (67,3%), irregularidad del suministro (69,1%) y debilidades de control (uso inadecuado de Kardex 69,1% y registros desactualizados 67,3%). En el plano intercultural, 60% reportó ausencia de mediadores lingüísticos y 50,9% no adapta la comunicación al contexto; en usuarios, 47,5% no recibe explicaciones en un idioma comprensible y 52% expresa desconfianza. Se identificaron como condicionantes el presupuesto, accesibilidad geográfica y coordinación institucional. Además, se halló una correlación positiva alta entre gestión intercultural y provisión de insumos ( $\rho=0,705$ ;  $p<0,01$ ).

**Palabras clave:** insumos médicos, amazonia, servicios públicos, comunidades



Check for updates

**Recibido:** 21/Dic/2025  
**Aceptado:** 11/Ene/2026  
**Publicado:** 31/Ene/2026

**Cita:** Angamarca-Yupa, J. Y., & Guerrero-Arrieta, K. G. (2026). Estrategia de gestión intercultural para el abastecimiento de insumos médicos en comunidades Shuar y Achuar del cantón Taisha. *Revista Científica Zambos*, 5(1), 183-202. <https://doi.org/10.69484/rcz/v5/n1/159>

Ecuador, Santo Domingo, La Concordia  
Universidad Técnica Luis Vargas Torres de Esmeraldas – Sede Santo Domingo  
Revista Científica Zambos (RCZ)  
<https://revistaczambos.utelvtsd.edu.ec>

Este artículo es un documento de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la **Licencia Creative Commons, Atribución-NoComercial 4.0 Internacional**.



**Abstract:**

The persistent shortage of medicines and supplies in remote Amazonian territories limits continuity of treatment, weakens preventive programs, and deepens distrust of public services, especially when linguistic and cultural barriers exist. In this context, this research aimed to diagnose the supply situation of medical supplies in the Shuar and Achuar communities of the Taisha canton, identifying gaps and contributing factors. A quantitative, descriptive, non-experimental, cross-sectional, and field study was conducted (June–November 2025) with a sample of 376 participants (55 professionals from the Ministry of Public Health and 321 community users). Data was collected using Likert-type surveys and analyzed in SPSS with descriptive statistics and Spearman's correlation. The results revealed insufficient stock of essential medicines (67.3%), irregular supply (69.1%), and weaknesses in control (inadequate use of Kardex systems, 69.1%, and outdated records, 67.3%). In the intercultural sphere, 60% reported an absence of linguistic mediators, and 50.9% did not adapt communication to the context. Among users, 47.5% did not receive explanations in an understandable language, and 52% expressed distrust. Budget, geographic accessibility, and institutional coordination were identified as limiting factors. Furthermore, a strong positive correlation was found between intercultural management and the provision of supplies ( $\rho=0.705$ ;  $p<0.01$ ).

**Keywords:** medical supplies, amazon, public services, communities

## 1. Introducción

El cálculo de variables sociodemográficas revela que el cantón y provincia donde está ubicado el cantón Taisha es, lamentablemente, uno de los sitios donde más se presenta la mortalidad materna en el país, lo cual representa el 02% de la población de la Amazonía ecuatoriana y es el hogar de las nacionalidades Shuar y Achuar, que se considera una de las nacionalidades más representativas de la región. Según la International Work Group for Indigenous Affairs (2024), la población Shuar es de poco más de 100 mil personas y de ellas, más de la mitad se encuentra en la Amazonía, por lo que el 24.06% de la población indígena ecuatoriana se encuentra en la región. La fuente de la Organización Panamericana de la Salud establece que, en mayo de 2023, las comunidades indígenas de la Amazonía ecuatoriana y la región, en la organización de la población, se registran incomorbilidades en alta proporción.

Pesantes et al. (2025) también destacan la falta de instalaciones adecuadas de atención primaria de salud y la mala accesibilidad de transporte para el personal médico en la Amazonía como obstáculos importantes para la integración del programa Salud Tres Estrellas en la atención primaria de salud de la Amazonía. También señalan la necesidad de rutas más inclusivas para la distribución de suministros médicos y la accesibilidad de las comunidades ribereñas en la Amazonía. Además,

como señalan los autores mencionados, la imposición del modelo biomédico occidental continúa empobreciendo las relaciones que son fundamentales para la construcción de confianza y el establecimiento del tejido social en estas comunidades.

El impacto de este problema afecta a miles de personas en comunidades geográficamente dispersas. A través de su programa Ikiama Nukuri, que desde 2006 opera en Taisha, la Fundación Pao (2024) describe tasas elevadas de mortalidad materna e infantil en los territorios Achuar y Shuar atribuidas al mal acceso a los servicios de salud pública. Entre 2020 y 2021, la abrumadora mayoría (93%) de las muertes maternas atribuidas al COVID-19 en la región ocurrieron entre mujeres indígenas y afrodescendientes; mientras que estudios en Brasil indican que las mujeres de diversas etnias tienen una tasa de mortalidad 3.5 veces mayor debido a causas relacionadas con el embarazo.

La literatura centrada en la gestión intercultural de la salud ha mejorado considerablemente. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), en la Cumbre Mundial de Medicina Tradicional en Gujarat, India, reafirmó el compromiso con el conocimiento indígena y la medicina tradicional con la adopción de la Resolución 76.16 sobre la Salud de los Pueblos Indígenas. Patwardhan et al. (2023), en el *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, argumentan que la 76ª Asamblea Mundial de la Salud decidió desarrollar una Estrategia Global de Medicina Tradicional 2025-2034, reconociendo los beneficios comprobados del manejo de diferentes condiciones de salud. Este marco internacional apoya la integración de diversos sistemas médicos.

Desde una mirada a buenas prácticas, se presenta el proyecto Amazon Indigenous Health Route, un modelo pionero en atención que articula a funcionarios públicos de salud, organizaciones indígenas, academia y sociedad civil en diálogos de conocimiento intercultural en Ecuador, Perú y Brasil. En *Frontiers in Tropical Diseases*, se abordan las labores de enfermeros indígenas, formados en salud intercultural, durante la pandemia de COVID-19 en la Amazonía peruana, donde evidencian su habilidad para articular insumos de dos sistemas: el occidental y el indígena.

The *British Medical Journal* (Vidal-Cuellar et al., 2024) están presentes y destacan el trabajo con líderes indígenas como una de las vías más promisorias para potenciar la resiliencia climática en los sistemas de salud de la Amazonía. La constitución ecuatoriana reconoce el derecho al buen vivir (*sumak kawsay*) y manda la provisión de servicios de salud culturalmente relevantes. Como parte de la colaboración OPS/OMS (2022) y Fundación Pachamama, intervenciones comunitarias dentro de las comunidades Achuar y Shuar (2022) capacitaron a 223 mujeres indígenas en prevención del COVID-19, formaron a 20 mujeres como parteras y distribuyeron 400 kits de nacimiento. Sin embargo, estudios como Pesantes et al. (2023) sobre la política de salud materna intercultural en Perú advierten sobre la falta de comprensión del uso superficial e instrumental de las políticas interculturales, donde la atención materna culturalmente adaptada se ve como un favor en lugar de un derecho.

La investigación propone la hipótesis de que el período de junio a noviembre de 2025 la mejora de la disponibilidad, accesibilidad y, sobre todo, la aceptabilidad cultural de los medicamentos y de los insumos esenciales en las comunidades del cantón Taisha, podría lograrse a partir de la implementación, en la gestión del abastecimiento de insumos médicos, de una estrategia intercultural que contemple el trabajo activo y el empoderamiento de las estructuras organizativas Shuar y Achuar. La anticipación de la mejora en estos tres aspectos esenciales y, sobre todo, en la aceptabilidad cultural, se fundamenta en la experiencia, sugerida en la Declaración de Gujarat (OMS, 2023), que el diseñar, en el contexto de comunidades y en el de trabajadores de salud indígenas, una estrategia que contemple el diseño con el principio del consentimiento libre, previo e informado, y de la participación activa en la toma de decisiones, ofrezca el mayor impacto positivo en la sistematización de los procesos de interacción y de gestión propuestas.

Para ello, la presente investigación tiene como finalidad diagnosticar la situación de abastecimiento de insumos médicos en las comunidades Shuar y Achuar, identificando brechas y factores condicionantes.

Insumos médicos:

Ochoa y Sánchez (2023), expresan que los insumos médicos incluyen elementos clave para la atención médica como tratamientos, suministros, implantes, herramientas, equipos quirúrgicos y nutricionales. Estos recursos son administrados, a través de una red de logística y abastecimiento que incluye a productores y comercializadores para la distribución y asignación a los servicios y pacientes salud.

Esta información evidencia que la administración de recursos en salud no es únicamente un problema de compra, sino de la efectividad en la logística y administración. La falta de integración, sistematización, un mayor volumen de flujo documental que controlen los procesos y los tráficos administrativos afectan la disponibilidad de estos bienes y recursos, esto afecta la seguridad de los pacientes y la continuidad de los tratamientos.

Abastecimiento y desabastecimiento de insumos médicos:

El desabastecimiento se refiere a un desbalance de la oferta y la demanda de un mercado, y en el caso de la ausencia temporal de medicamentos clave, se convierte en un problema de salud pública (Yacelga-Gómez et al., 2025). A pesar de que no excede de un consenso formal, el desabastecimiento implica que en un momento determinado la demanda excede la oferta de bienes por causas típicamente atribuibles a la cadena de suministro, falla en la planificación de la oferta o del mercado o a fallas en la regulación (Rincón-Valenzuela & Gómez-Ardila, 2024).

El desabastecimiento es un problema prevalente y de diversa complejidad, causado por el desajuste de la oferta y la demanda y por una regulación por parte de los Estados que afecta la producción y la sostenibilidad.

### Pluralismo médico y salud intercultural:

El pluralismo médico es la utilización estratégica de diferentes modelos de atención (biomedicina, medicina tradicional y medicina familiar) por parte de los usuarios para el tratamiento de una enfermedad (Urias, 2021). Por su parte, la salud intercultural, en el diálogo y el respeto entre la medicina occidental y los saberes ancestrales, busca articular estas miradas y prácticas de la medicina en contextos pluriétnicos (Garzón et al., 2025).

Estos saberes médicos integrados, por parte de los pacientes, información y articulación de la interculturalidad institucional. Sobre todo, en sus diálogos de integración, los pesos y contrapesos de los modelos hegemónicos, en este caso hegemónicos de la biomedicina. Una articulación, en parte, de la visión de los agentes indígenas, como meros auxiliares funcionales y, de la integración de sus saberes, como interdisciplina. De su saber, como estructura.

### Comunidades Shuar y Achuar:

Los pueblos Shuar y Achuar son nacionalidades indígenas del complejo étnico-lingüístico aént chicham, ubicados desde tiempos inmemoriales en la Amazonía ecuatoriana (Morona Santiago, Zamora Chinchipe) y peruana. Tienen una visión del mundo profundamente anclada en la naturaleza y en los seres espirituales como Arútam. En el pasado han resistido múltiples invasiones externas, pero hoy son blanco de invasiones que provocan la pérdida de su identidad cultural y territorial a causa de la colonización religiosa, el mestizaje y educación occidentalizada (Avendaño-Durango et al., 2024)

Estas comunidades tienen enfrentamientos con el sistema biomédico, en primer lugar, porque lo consideran ineficaz en el tratamiento de lo que ellos llaman enfermedades espirituales o “maldades”, y porque en ocasiones los médicos son catalogados como “matasanos”, que solamente prescriben calmantes y nada más. Hay también violencia obstétrica, que para los partos se ignoran la ontología y el saber de sus prácticas ancestrales de la medicina, que son sometidas a un aislamiento familiar y a prácticas invasivas, a posiciones de la cama que se consideran “incómodas” para que no se les opere (Tym, 2023)

La información disponible también evidencia una “interculturalidad equívoca”, en la que el Estado se ve obligado a desplegar sus modelos hegemónicos unilaterales sin comprender la realidad ontológica indígena. En la existencia de un pluralismo médico suficientemente pragmático para garantizar la supervivencia, hay también esa estructura: la biomedicina, que desconfía y subordina los saberes ancestrales mientras distribuye el acceso a la salud de manera opresiva.

### Medicina en el cantón Taisha:

En Taisha, una región habitada principalmente por nativos y extremadamente empobrecida, la medicina occidental es proporcionada por el Ministerio de Salud

Pública a través del Hospital Básico San José y brigadas móviles que responden a alertas epidemiológicas como la gastroenteritis aguda. A pesar de esta medicina, el acceso es limitado debido al transporte geográfico, que es predominantemente aéreo. Además, el cantón tiene los registros más bajos de Saneamiento, Agua Segura y atención institucional al parto infantil, lo que resulta en altas tasas de Malnutrición Crónica y Anemia Infantil ( Ochoa & Sánchez, 2023).

Simultáneamente, las comunidades con su medicina ancestral basada en la cosmovisión shuar, atendiendo a Uwishin (chamanes) y medicina vegetal, gestionan la salud espiritual y física. Hay una marcada tensión con el sistema biomédico, especialmente con las mujeres, ya que muchas no aceptan el parto hospitalario y lo consideran invasivo. Prefieren dar a luz de manera vertical en casa. Aunque se acercan a los médicos de medicina occidental durante emergencias, a menudo lo consideran incompleto, lo que lleva a la desconfianza respecto a la medicina estatal con su desdén ontológico (Díaz et al., 2018)

La situación en Taisha muestra una crisis de salud pública agravada por una interculturalidad desconectada. Mientras el Estado intenta cerrar las brechas epidemiológicas con un enfoque biomédico, la ausencia de verdadera interculturalidad y las brechas estructurales en los servicios públicos básicos continúan socavando la desconfianza y la vulnerabilidad en salud de las poblaciones Shuar y Achuar

Políticas públicas y el modelo de atención integral de salud:

Las políticas públicas del área de la salud en el país son abordadas desde la Constitución de 2008, la cual establece la salud como un derecho esencial y un eje de la política de Buen Vivir (Sumak Kawsay). Así, el Estado tiene la obligación de garantizar la existencia de servicios y su accesibilidad de forma Universal, gratuita y a tiempo, promoviendo la equidad social y de género. El estado de salud de la población es objeto de estas políticas desde una perspectiva integral, es decir, abordar los determinantes sociales (y no solo la ausencia de una enfermedad) desde un trabajo Intersectorial (Domínguez-Bernita<sup>1</sup> & Flores-Balseca<sup>11</sup>, 2017).

El modelo de atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI), como estrategia operativa integrada del Sistema Nacional de Salud (SNS) no considera el individuo como el único eje de su funcionamiento, sino también a la familia y a la comunidad. Este modelo prioriza la Atención Primaria de Salud (APS) y pone mayor relevancia a la promoción y prevención a la hospitalización. Se busca la integración de los tres niveles de atención a la población, mediante la prestación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) de Salud, asegurando así la continuidad y la calidad en la atención (Almeida et al., 2024).

A pesar de que el sistema legal y el diseño de MAIS es inclusivo y de prevención, la realidad existe una brecha en la aplicación práctica. El diseño de MAIS, y el sistema en su conjunto, presenta un estado de fragmentación y falta de recursos, así como de

nivel de atención, que se requiere aplicar el sistema de forma integral, y así cumplir con el nivel de exigencia que establece el Plan Decenal.

## 2. Metodología

Enfoque de investigación:

El desarrollo de esta investigación se sometió a un enfoque cuantitativo, que consiste en analizar estadísticamente los datos para proporcionar respuestas a las hipótesis. Este enfoque permitió cuantificar las variables relacionadas con la gestión de la logística intercultural y de suministros médicos en las comunidades Shuar y Achuar del cantón Taisha. Se recolectaron datos objetivos susceptibles de medición, estableciendo relaciones causales entre variables, y haciendo esto a través de procedimientos estándar.

En coherencia con este enfoque, el estudio se alineó plenamente dentro de un tipo de estudio de investigación descriptivo con un alcance proposicional, el elemento descriptivo caracterizó el estado actual del suministro médico, el modelo de atención intercultural y los factores de deficiencia de los establecimientos de salud, el alcance proposicional apoyó el diseño de la gestión intercultural como una contribución práctica. Este tipo de investigación tuvo una correspondencia directa con los objetivos específicos que se establecieron.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación se trató de un diseño no experimental, transversal y de campo. Fue no experimental porque las variables que se estudiaban se observaron sin ninguna manipulación por parte del investigador, fue transversal ya que la recolección de datos se realizó en un solo punto en el tiempo durante el período de junio a noviembre de 2025. También fue de campo porque la información se obtuvo directamente de los centros de salud y comunidades del cantón. Este diseño fue apropiado para diagnosticar las condiciones existentes y establecer relaciones entre las variables del estudio.

En cuanto a la población de estudio estuvo conformada por 18,347 habitantes del cantón Taisha, distribuidos en dos estratos: el primer estrato correspondió al personal de salud del Ministerio de Salud Pública que labora en los establecimientos de salud que atienden a las comunidades Shuar y Achuar; el segundo estrato estuvo constituido por usuarios comunitarios adultos de las dos nacionalidades indígenas que utilizaron los servicios sanitarios durante el período de estudio, garantizando así la representatividad de la población.

Por lo tanto, la muestra calculada mediante muestreo aleatorio estratificado se realizó utilizando fórmula estadística para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

El tamaño de la muestra se distribuyó proporcionalmente a través de los dos estratos poblacionales identificados.

Para la determinación de la muestra se consideró una población total de 18,347 habitantes del canto Taisha, obteniendo un tamaño muestral de 376 participantes. El proceso de selección se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la accesibilidad geográfica y las características particulares del cantón Taisha.

La muestra de estudio estuvo conformada por se tomó de dos estratos. El primer estrato correspondió al personal de salud que labora en el Ministerio de Salud Pública, integrado por 55 profesionales que laboran en los establecimientos que brindan atención en las comunidades Shuar y Achuar del cantón Taisha, distribuid de la siguiente manera: 25 profesionales en el Hospital Básico San José de Taisha, 15 en el Centro de Salud Taisha y 15 en los Puestos de Salud Comunitario. El segundo estrato estaba conformado por 321 usuarios comunitarios pertenecientes a las nacionalidades indígenas Shuar y Achuar, personas adultas entre 20 y 50 años de edad distribuido de manera proporcional entre ambas nacionalidades.

Para la selección de los participantes se llegó a considerar como criterios de inclusión, en el caso del [15.1]personal de salud ser profesionales activos con al menos 6 meses de servicio en el establecimiento y en el caso de los usuarios, ser adultos entre 20 y 50 años, pertenecientes a comunidades Shuar o Achuar, que hayan utilizado los servicios de salud durante el período de estudio. Se excluyó a los profesionales temporales o pasantes del personal de salud, así como a los usuarios menores de 20 años, mayores de 50 años, personas que rechacen participar [16.1] [j6.2] en la investigación.

#### Técnica e Instrumento:

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario estructurado con preguntas cerradas del tipo escala de Likert de cinco puntos. Se diseñaron tres versiones diferentes para los distintos grupos poblacionales, siendo las dimensiones medidas la disponibilidad de suministros, frecuencia de faltantes, gestión intercultural, integración de conocimientos y percepción del servicio.

La validez de contenido del instrumento fue determinada mediante juicio de expertos, para lo cual se contó con la participación de tres docentes de la carrera de Medicina pertenecientes a instituciones de educación superior de la provincia de Chimborazo, quienes poseen experiencia en salud pública e investigación. Los expertos evaluaron cada ítem del cuestionario considerando criterios de pertinencia, relevancia y claridad, emitiendo observaciones que fueron incorporadas en la versión final del instrumento.

La confiabilidad se estableció mediante una prueba piloto aplicada a 30 estudiantes de la carrera de Medicina, quienes no formaron parte de la muestra definitiva del estudio. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.85, lo cual indica una alta consistencia interna del instrumento y confirma su confiabilidad para la recolección de datos.

#### Procesamiento de la información:

La información recopilada fue tabulada y analizada con el software estadístico SPSS versión 25. Se utilizaron estadísticas descriptivas para determinar frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones estándar para caracterizar cada variable. Para la prueba de hipótesis, se utilizó estadística inferencial a través del Coeficiente de Correlación de Spearman, determinando el nivel de asociación entre la gestión intercultural y la provisión de insumos. Los resultados se presentaron en tablas y figuras, apoyando las conclusiones y el diseño del modelo de gestión integrado.

### 3. Resultados

En este estudio se evaluó el abastecimiento de insumos médicos en comunidades Shuar y Achuar del cantón Taisha, perteneciente a la amazonia Ecuatoria. Para determinar esto, se realizaron encuestas al personal de salud del ministerio de salud pública y a habitantes en general de propio cantón, en donde se obtuvo la siguiente información.

#### 3.1. Resultados del personal de salud del ministerio de salud pública

**Tabla 1**  
*Información sociodemográfica*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cargo	Auxiliar de enfermería	5	9,1	9,1
	Enfermera	6	10,9	20,0
	Farmacéutico	9	16,4	36,4
	Médico	6	10,9	47,3
	Obstetra	6	10,9	58,2
	Odontólogo	11	20,0	78,2
	Técnico de laboratorio	12	21,8	100,0
	Total	55	100,0	
Establecimiento	Centro de Salud Taisha	15	27,3	27,3
	Hospital Básico San José de Taisha	25	45,5	72,7
	Puestos de salud comunitarios	15	27,3	100,0
	Total	55	100,0	
Sexo	Femenino	25	45,5	45,5
	Masculino	30	54,5	100,0
	Total	55	100,0	

*Nota:* (Autores, 2026).

Los integrantes de la muestra del personal de salud (n=55) tienen una distribución variada, destacando la presencia de técnicos de laboratorio (21,8%) y odontólogos (20%). El 45,5% del personal está en el Hospital Básico San José de Taisha, siendo este el más alto en capacidad resolutive. La distribución por sexo es relativamente equilibrada (54,5% hombres, 45,5% mujeres). Esta muestra evidencia el Hospital Básico San José de Taisha y la mayor parte de la organización de los servicios de salud públicos de primer y segundo nivel en la Amazonía, centrados en la atención y diagnóstico primario.

**Tabla 2**  
*Situación actual del suministro de medicamentos*

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
El establecimiento de salud cuenta actualmente con un stock adecuado de medicamentos esenciales.	Totalmente desacuerdo	en	10	18,2	18,2
	En desacuerdo		27	49,1	67,3
	Neutral		18	32,7	100,0
Los insumos médicos disponibles cubren las necesidades básicas de atención de la población.	Totalmente desacuerdo	en	13	23,6	23,6
	En desacuerdo		19	34,5	58,2
	Neutral		23	41,8	100,0
El suministro de medicamentos se realiza de manera regular y predecible.	Totalmente desacuerdo	en	14	25,5	25,5
	En desacuerdo		24	43,6	69,1
	Neutral		17	30,9	100,0
Existe un sistema efectivo de monitoreo de existencias de medicamentos e insumos.	Totalmente desacuerdo	en	8	14,5	14,5
	En desacuerdo		24	43,6	58,2
	Neutral		23	41,8	100,0
El tiempo de reposición de medicamentos cuando hay desabastecimiento es adecuado.	Totalmente desacuerdo	en	8	14,5	14,5
	En desacuerdo		22	40,0	54,5
	Neutral		25	45,5	100,0

Nota: (Autores, 2026).

La falta de suficiencia en abastecimiento, en general, se ve reflejada en la insatisfacción de los resultados. El 67,3% considera insuficiente el stock de medicamentos esenciales, un 58,2% manifiesta que insumos no cubren las necesidades básicas, en un 69,1% se percibe irregularidad en el abastecimiento, un 58,2% siente falta de control en la supervisión de existencias. Esto comprueba que la cadena de abastecimiento presenta problemas estructurales que impactan la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud de Taisha.

**Tabla 3**  
*Gestión de inventarios y almacenamiento*

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Se utiliza el sistema Kardex para el control de existencias de medicamentos.	Totalmente desacuerdo	en	13	23,6	23,6
	En desacuerdo		25	45,5	69,1
	Neutral		17	30,9	100,0
El registro de entradas y salidas de insumos se mantiene actualizado.	Totalmente desacuerdo	en	14	25,5	25,5
	En desacuerdo		23	41,8	67,3
	Neutral		18	32,7	100,0
Se realiza control de fechas de vencimiento de manera sistemática.	Totalmente desacuerdo	en	9	16,4	16,4
	En desacuerdo		18	32,7	49,1
	Neutral		28	50,9	100,0

Nota: (Autores, 2026).

La administración del inventario de productos farmacéuticos es deficiente. El 69.1% del personal menciona que el uso del sistema Kardex no es apropiado, además, el 67.3% indica que la bitácora de registro de entradas y salidas no está al día. En

cambio, el control de fechas de vencimiento tiene una mejor percepción (49.1% en desacuerdo). Estas situaciones deficiencias de la administración, a falta de control, comprometen la trazabilidad de los insumos, y dificultan la planeación de la cobertura para evitar quiebres de stock y pérdidas por caducidad.

**Tabla 4**  
*Aplicación del enfoque intercultural*

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Se cuenta con mediadores lingüísticos o intérpretes en el establecimiento.	Totalmente en desacuerdo	en	12	21,8	21,8
	En desacuerdo		21	38,2	60,0
	Neutral		22	40,0	100,0
Adapto mi comunicación al idioma y contexto cultural de los usuarios.	Totalmente en desacuerdo	en	11	20,0	20,0
	En desacuerdo		17	30,9	50,9
	Neutral		27	49,1	100,0

Nota: (Autores, 2026).

Hay una brecha considerable en la implementación del enfoque intercultural. El 60% del personal informa sobre la ausencia de mediadores lingüísticos en los establecimientos, y el 50.9% reconoce no adaptar su comunicación al contexto cultural de los usuarios Shuar y Achuar. Este resultado muestra un incumplimiento del modelo de atención intercultural establecido en la normativa del MSP, que es una barrera crítica para la comunicación efectiva con pacientes cuya lengua materna no es el español.

**Tabla 5**  
*Factores que inciden en el desabastecimiento*

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
El presupuesto asignado es suficiente para cubrir las necesidades de medicamentos.	Totalmente en desacuerdo	en	10	18,2	18,2
	En desacuerdo		22	40,0	40,0
	Neutral		23	41,8	41,8
El acceso geográfico dificulta el abastecimiento de insumos.	Totalmente en desacuerdo	en	13	23,6	23,6
	En desacuerdo		21	38,2	38,2
	Neutral		21	38,2	38,2
Existe coordinación institucional efectiva para el abastecimiento.	Totalmente en desacuerdo	en	11	20,0	20,0
	En desacuerdo		20	36,4	36,4
	Neutral		24	43,6	43,6

Nota: (Autores, 2026).

La falta de abastecimiento tiene diversas causas. El 58,2% apunta a que considera el presupuesto demasiado ajustado, mientras que el 61,8% señala que, por cuestiones de accesibilidad, el abastecimiento se complica. Asimismo, el 56,4% señala falta de integración en las instancias que toman las decisiones. Los datos apuntan que en Taisha la falta de abastecimiento se relaciona con causas estructurales con interconexión: limitaciones en el presupuesto, problemas de accesibilidad típicos de la Amazonía, así como de la integración de los diferentes niveles del sistema de salud.

**Tabla 6**  
*Impacto del desabastecimiento en la calidad de atención*

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Los pacientes con enfermedades crónicas se ven afectados por la falta de medicamentos.	Totalmente en desacuerdo	en	10	18,2	18,2
	En desacuerdo		28	50,9	50,9
	Neutral		17	30,9	30,9
El programa de vacunación se interrumpe por falta de insumos.	Totalmente en desacuerdo	en	13	23,6	23,6
	En desacuerdo		24	43,6	43,6
	Neutral		18	32,7	32,7
El servicio de laboratorio se ve limitado por carencia de reactivos o materiales.	Totalmente en desacuerdo	en	15	27,3	27,3
	En desacuerdo		20	36,4	36,4
	Neutral		20	36,4	36,4
Los tiempos de espera aumentan debido al desabastecimiento.	Totalmente en desacuerdo	en	9	16,4	16,4
	En desacuerdo		21	38,2	38,2
	Neutral		25	45,5	45,5

Nota: (Autores, 2026).

El desabastecimiento afecta la calidad de la atención. Se reporta impacto en pacientes con enfermedades crónicas por 69.1%, 67.2% reporta interrupciones en el programa de vacunación, 63.7% reporta limitaciones en servicios de laboratorio, además 54.6% reporta aumento en tiempos de espera. Estos impactos hacen más difícil la continuidad de tratamientos, la cobertura de programas preventivos, y limitan la capacidad diagnóstica, y afecta más a poblaciones vulnerables con escasas opciones de atención.

### 3.2. Resultados de usuarios comunitarios

**Tabla 7**  
*Información sociodemográfica*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nacionalidad	Shuar	155	48,1	48,3
	Achuar	166	51,6	100,0
	Total	321	99,7	
Sexo	Femenino	161	50,0	50,2
	Masculino	160	49,7	100,0
	Total	321	99,7	
Edad	Veinte	8	2,5	2,5
	Veintiuno	8	2,5	5,0
	Veintidós	13	4,0	9,0
	Veintitrés	9	2,8	11,8
	Veinticuatro	8	2,5	14,3
	Veinticinco	9	2,8	17,1
	Veintiséis	9	2,8	19,9
	Veintisiete	10	3,1	23,1
	Veintiocho	10	3,1	26,2
	Veintinueve	10	3,1	29,3
	Treinta	8	2,5	31,8
	Treinta y uno	8	2,5	34,3
	Treinta y dos	7	2,2	36,4
	Treinta y tres	12	3,7	40,2
	Treinta y cuatro	11	3,4	43,6

Treinta y cinco	13	4,0	47,7
Treinta y seis	15	4,7	52,3
Treinta y siete	13	4,0	56,4
Treinta y ocho	8	2,5	58,9
Treinta y nueve	4	1,2	60,1
Cuarenta	12	3,7	63,9
Cuarenta y uno	9	2,8	66,7
Cuarenta y dos	13	4,0	70,7
Cuarenta y tres	12	3,7	74,5
Cuarenta y cuatro	13	4,0	78,5
Cuarenta y cinco	14	4,3	82,9
Cuarenta y seis	8	2,5	85,4
Cuarenta y siete	16	5,0	90,3
Cuarenta y ocho	11	3,4	93,8
Cuarenta y nueve	12	3,7	97,5
Cincuenta	8	2,5	100,0
Total	321	99,7	

Nota: (Autores, 2026).

El grupo de 321 usuarios se distribuye en igual medida entre Shuar (48,3%) y Achuar (51,7%), y cuenta con paridad de género (50,2% mujeres, 49,8% hombres). La edad de los participantes varía entre 20 y 50 años; la mayoría se concentra en los 35 y 47 años. Esta composición da representatividad a las dos nacionalidades indígenas del cantón Taisha, para generar análisis comparativos de percepciones y experiencias según pertenencia étnica y los aspectos demográficos relevantes para el estudio.

**Tabla 8**  
*Disponibilidad de medicamentos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cuando acudo al establecimiento de salud, encuentro los medicamentos que necesito.	Totalmente en desacuerdo	71	22,0	22,1
	En desacuerdo	92	28,6	50,8
	Neutral	65	20,2	71,0
He tenido que comprar medicamentos fuera del establecimiento porque no había.	De acuerdo	61	18,9	90,0
	Totalmente de acuerdo	32	9,9	100,0
	Totalmente en desacuerdo	69	21,4	21,5
Me han dicho que regrese otro día porque no había medicamentos.	En desacuerdo	103	32,0	53,6
	Neutral	75	23,3	76,9
	De acuerdo	51	15,8	92,8
Me han dicho que regrese otro día porque no había medicamentos.	Totalmente de acuerdo	23	7,1	100,0
	Totalmente en desacuerdo	65	20,2	20,2
	En desacuerdo	85	26,4	46,7
	Neutral	66	20,5	67,3
	De acuerdo	74	23,0	90,3
	Totalmente de acuerdo	31	9,6	100,0

Nota: (Autores, 2026).

La percepción sobre la disponibilidad de medicamentos es negativa. El 50.7% de los usuarios afirma no encontrar los medicamentos necesarios, el 53.5% informa no haber comprado medicamentos fuera del establecimiento (aunque el 22.9% sí compró fuera), y el 46.6% afirma que nadie les pidió regresar por falta de suministros. Sin embargo, el 32.6% señala que ha estado en una situación así. Estos resultados confirman, desde la perspectiva de la comunidad, el problema de la falta de disponibilidad de medicamentos identificado por el personal de salud.

**Tabla 9**  
*Atención con enfoque intercultural*

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
El personal de salud me explica mi enfermedad en un idioma que entiendo.	Totalmente en desacuerdo	en	47	14,6	14,6
	En desacuerdo		106	32,9	47,7
	Neutral		80	24,8	72,6
	De acuerdo		66	20,5	93,1
	Totalmente de acuerdo	de	22	6,8	100,0
El personal de salud respeta mis creencias sobre la salud y la enfermedad.	Totalmente en desacuerdo	en	58	18,0	18,1
	En desacuerdo		98	30,4	48,6
	Neutral		66	20,5	69,2
	De acuerdo		76	23,6	92,8
	Totalmente de acuerdo	de	23	7,1	100,0

Nota: (Autores, 2026).

Los usuarios informan necesidades bilingües. El 47.5% dice que el personal no explica la enfermedad en un lenguaje comprensible, el 48.5% percibe falta de respeto hacia sus creencias sobre la salud y la enfermedad. Solo el 27.3% y el 30.7% están de acuerdo con estos aspectos, respectivamente. Esto confirma la brecha intercultural identificada por el personal. Las comunidades Shuar y Achuar sufren más las barreras de comunicación y culturales, lo que afecta su conexión con el sistema de salud occidental.

**Tabla 10**  
*Barreras para la atención de salud*

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Prefiero la medicina tradicional antes que la medicina del centro de salud.	Totalmente en desacuerdo	en	62	19,3	19,3
	En desacuerdo		99	30,7	50,2
	Neutral		60	18,6	68,8
	De acuerdo		70	21,7	90,7
	Totalmente de acuerdo	de	30	9,3	100,0
La distancia al establecimiento de salud dificulta mi acceso a la atención.	Totalmente en desacuerdo	en	75	23,3	23,4
	En desacuerdo		89	27,6	51,1
	Neutral		62	19,3	70,4
	De acuerdo		71	22,0	92,5
	Totalmente de acuerdo	de	24	7,5	100,0

Nota: (Autores, 2026).

Se identifican barreras culturales y geográficas significativas. El 50% de los usuarios no prefiere la medicina tradicional a la medicina occidental, pero el 31% sí lo hace. En términos de distancia, el 50.9% no lo considera un obstáculo, mientras que el 29.5% informa dificultades de acceso. Estos resultados muestran una población con barreras para el uso de la medicina occidental. La preferencia por la medicina tradicional en un tercio de la población justifica la necesidad de un modelo inclusivo.

**Tabla 11**  
*Confianza y satisfacción*

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Confío en los servicios de salud del establecimiento.	Totalmente en desacuerdo	en	74	23,0	23,1	
	En desacuerdo		93	28,9	52,0	
	Neutral		68	21,1	73,2	
	De acuerdo		58	18,0	91,3	
			Totalmente de acuerdo	28	8,7	100,0
Me gustaría que el centro de salud integrara la medicina tradicional con la medicina occidental.	Totalmente en desacuerdo	en	82	25,5	25,5	
	En desacuerdo		86	26,7	52,3	
	Neutral		67	20,8	73,2	
	De acuerdo		63	19,6	92,8	
			Totalmente de acuerdo	23	7,1	100,0
La atención recibida en el establecimiento de salud es de buena calidad.	Totalmente en desacuerdo	en	68	21,1	21,2	
	En desacuerdo		99	30,7	52,0	
	Neutral		59	18,3	70,4	
	De acuerdo		68	21,1	91,6	
				Totalmente de acuerdo	27	8,4

Nota: (Autores, 2026).

Hay baja confianza y satisfacción, el 52% muestra desconfianza en servicios de salud y el 51,8% muestra desinterés en la integración de medicina tradicional y medicina occidental. El 51,8% califica la atención como mala. Solo un 27% está satisfecho en estos aspectos. Estos resultados evidencian la falta de confianza en el sistema de salud de las comunidades indígenas, probablemente por desabastecimiento crónico y deficiencias en el enfoque intercultural.

**Tabla 12**  
*Impacto de falta de medicamentos*

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
La falta de medicamentos ha empeorado mi estado de salud o el de mi familia.	Totalmente en desacuerdo	en	78	24,2	24,3	
	En desacuerdo		105	32,6	57,0	
	Neutral		64	19,9	76,9	
	De acuerdo		57	17,7	94,7	
			Totalmente de acuerdo	17	5,3	100,0
He tenido que viajar lejos para conseguir medicamentos que no había en el centro de salud.	Totalmente en desacuerdo	en	69	21,4	21,5	
	En desacuerdo		97	30,1	51,7	
	Neutral		59	18,3	70,1	
	De acuerdo		64	19,9	90,0	
			Totalmente de acuerdo	32	9,9	100,0
He tenido que gastar dinero de mi bolsillo para	Totalmente en desacuerdo	en	68	21,1	21,2	
	En desacuerdo		95	29,5	50,8	
	Neutral		65	20,2	71,0	

comprar medicamentos.	De acuerdo		62	19,3	90,3
	Totalmente de acuerdo	de	31	9,6	100,0
	Totalmente desacuerdo	en	54	16,8	16,8
Los tiempos de espera para recibir atención son muy largos.	En desacuerdo		109	33,9	50,8
	Neutral		72	22,4	73,2
	De acuerdo		58	18,0	91,3
He dejado de acudir al centro de salud porque no hay medicamentos disponibles.	Totalmente de acuerdo	de	28	8,7	100,0
	Totalmente en desacuerdo	en	65	20,2	20,2
	En desacuerdo		102	31,7	52,0
	Neutral		48	14,9	67,0
	De acuerdo		69	21,4	88,5
	Totalmente de acuerdo	de	37	11,5	100,0

Nota: (Autores, 2026).

El desabastecimiento ocurre en todos los servicios de salud y tiene repercusiones en la salud de la población. El 23% empeoró su salud y la de sus familias; el 29.8% viajó lejos para conseguir medicamentos, y el 28.9% gastó su propio dinero. El 26.7% esperó demasiado tiempo y el 32.9% dejó de ir al lugar porque no había medicamentos. La salud de la población se ve afectada de manera desigual, y las poblaciones económicamente vulnerables se ven afectadas debido a su ubicación geográfica.

**Tabla 13**

*Asociación entre la gestión intercultural y la provisión de insumos*

	Coefficiente Rho de Spearman	Significancia (p – valor)	Nivel de significancia	Interpretación
H <sub>0</sub> : No existe relación significativa entre la gestión intercultural y la provisión de insumos médicos	0,705	0,000	0,01	Correlación positiva alta
H <sub>1</sub> : Existe relación significativa entre la gestión intercultural y la provisión de insumos médicos				

Nota: (Autores, 2026).

El coeficiente Rho de Spearman determina que existe una correlación positiva, alta y estadísticamente significativa ( $\rho=0,705$ ;  $p=0,000<0,01$ ) entre la gestión intercultural y la provisión de insumos médicos en las comunidades Shuar y Achuar del cantón Taisha. Esta asociación se da igualmente con el personal de salud y con los usuarios comunitarios, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa de investigación. Los resultados obtenidos indican que el manejo con enfoque intercultural, por su análisis, da valor positivo a la percepción y efectividad del interabastecimiento de medicamentos. Se puede concluir que, con respecto a la atención en salud, un enfoque que integre el diseño del modelo a las características culturales

y lingüísticas de las nacionalidades indígenas amazónicas, se puede optimizar la cadena de abastecimiento en gran medida.

#### 4. Discusión

El personal de salud considera que el stock de medicamentos esenciales en las instalaciones de salud del cantón de Taisha es inadecuado en el 67,3% de los casos. Este hallazgo concuerda con el de Iglesias-Osores & Saavedra-Camacho (2023), quienes informaron en la Amazonía peruana la existencia de una accesibilidad significativa a los medicamentos y afirmaron que las barreras geográficas y organizativas restringen severamente la disponibilidad de medicamentos en comunidades indígenas remotas. Ambos estudios validan que el suministro insuficiente es un problema estructural en los territorios amazónicos.

En términos de gestión intercultural, el 60% de los encuestados señaló la ausencia de mediadores lingüísticos en los centros de salud. Esto está en línea con Bautista et al. (2021), donde los autores informaron que la implementación de políticas de salud interculturales en Ecuador se debe a la falta de mediación cultural y a la mala articulación de la implementación de estas políticas con el conocimiento ancestral comunitario. Además, la Organización Panamericana de la Salud (2024) reconoce que la falta de competencia cultural adecuada crea barreras de acceso diferenciales en la población indígena.

La relación estadística significativa entre provisión de insumos y gestión intercultural con el coeficiente de correlación ( $\rho$ ) de 0,705 ( $p < 0,01$ ) es un hallazgo importante. Se señala que la falta de acceso es un problema altamente multidimensional, y que la combinación de interacciones de barreras es mayor que el efecto individual de cada barrera, identificamos una complejidad similar en este problema. Pelcastre-Villafuerte et al. (2020) señalan que la vulnerabilidad social y el rezago social en la población indígena mexicana son un obstáculo para que ellos exijan el derecho a la salud.

Casi la mitad de los Shuar y Achuar (48,5%) creían que eran irrespetados con respecto a sus propias creencias sobre la salud y la enfermedad. Tym (2023) capturó tensiones similares en el sistema biomédico y los Shuar de Zamora-Chinchipe, donde las ontologías indígenas son a menudo descuidadas por los servicios de salud estatales. Es decir, lo positivo negativamente descrito como “interculturalidad equívoca” por el autor se ajusta a las percepciones negativas en Taisha, donde el modelo biomédico hegemónico carece de una comprensión ontológica de estas nacionalidades amazónicas.

El 32,69% de los usuarios dejaron de visitar el establecimiento debido a la falta de medicamentos; esto ilustra los efectos de los desabastecimientos en el uso de servicios. Según ComexPerú (2024), en la región amazónica peruana, como Loreto, más del 40% de las farmacias carecen de medicamentos esenciales. Como se señaló en el informe de 2022 de la OIT, los 55 millones de pueblos indígenas de América

Latina viven en mayor pobreza, con un acceso restringido a los servicios de salud. Esto confirma que el problema va más allá de las fronteras nacionales y requiere estrategias integrales.

Los resultados apoyan el establecimiento de un marco de gestión interétnica integrado. UNFPA (2024) sugiere la necesidad de fortalecer los planes de capacitación sobre interculturalidad y no discriminación para el personal de salud en comunidades indígenas de América Latina. Experiencias exitosas de sistemas de salud indígena interculturales en la Amazonía colombiana fueron documentadas por Garzón et al. (2025). Estos precedentes apoyan la necesidad de un modelo que integre la cadena de suministro y los aspectos culturales y lingüísticos de los pueblos Shuar y Achuar.

## 5. Conclusiones

El diagnóstico muestra brechas críticas en el abastecimiento en Taisha: el stock de medicamentos esenciales es percibido como insuficiente, el suministro resulta irregular y los mecanismos de control de inventario no garantizan trazabilidad ni reposición oportuna. Estas fallas se agravan por condicionantes estructurales, como limitaciones presupuestarias, dispersión territorial y barreras logísticas de acceso. En conjunto, el desabastecimiento impacta la continuidad de tratamientos, la cobertura preventiva y la capacidad diagnóstica de los establecimientos. Esto eleva gastos y tiempos de espera familiares.

Asimismo, la investigación evidencia que el componente intercultural condiciona la efectividad del abastecimiento: la falta de mediadores, la comunicación no adaptada y la percepción de irrespeto hacia creencias locales reducen la confianza y el uso de los servicios. La correlación positiva alta entre gestión intercultural y provisión de insumos respalda implementar una estrategia integrada con participación Shuar y Achuar, capacitación del personal, monitoreo comunitario de existencias y coordinación interinstitucional para asegurar disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad cultural, y pertinencia del modelo.

## CONFLICTO DE INTERESES

**“Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses”.**

## Referencias Bibliográficas

Bautista-Valarezo, E., Duque, V., Verhoeven, V., Mejia Chicaiza, J., Hendrickx, K., Maldonado-Rengel, R., & Michels, N. R. M. (2021). Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system:

- Barriers and opportunities. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 21, 65. <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03234-0>
- ComexPerú. (2024, 4 de octubre). *Disponibilidad de medicamentos esenciales: Situación actual y alternativas de mejora*. <https://www.comexperu.org.pe/articulo/disponibilidad-de-medicamentos-esenciales-situacion-actual-y-alternativas-de-mejora>
- Avendaño-Durango, J. C., Isaza, J. D., Atehortúa-Hurtado, F., & Acosta-Strobel, J. A. (2024). La logística verde como factor de sostenibilidad y desarrollo empresarial en las empresas colombianas: Organización Corona, Grupo Éxito y Celsia. *Journal of Economic and Social Science Research*, 4(1), 184–209. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v4/n1/94>
- Yacelga-Gómez, J. J., Valenzuela-Madera, A. J., Chicaiza-Montero, J. F., Medina-León, J. A., & Cargua-USCA, A. M. (2025). Automedicación con antibióticos en Ecuador y Latinoamérica: magnitud, determinantes y propuestas de intervención. *Revista Científica Ciencia Y Método*, 3(4), 14-23. <https://doi.org/10.55813/gaea/rcym/v3/n4/94>
- Iglesias-Osores, S., & Saavedra-Camacho, J. L. (2023). Acceso a los servicios de salud de comunidades indígenas en Perú. *Revista Salud Amazónica y Bienestar*, 2(1), e523. <https://doi.org/10.51252/rsayb.v2i1.523>
- International Work Group For Indigenous Affairs . (2024). *The Indigenous World 2024: Ecuador*. <https://iwgia.org/en/ecuador/5382-lw-2024-ecuador.html>
- Mina-Villalta, G. Y., & Sumarriva-Bustinza, L. A. (2023). Enfermería Comunitaria y su Contribución a la Salud Pública en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 2(1), 41-55. <https://doi.org/10.69484/rcz/v2/n1/37>
- Ochoa Martínez, Z. J., & Sánchez, L. (2023). Eficacia del proceso de distribución de medicamentos de la cadena de suministro intrahospitalaria “Hospital Coromoto”. *Revista Conecta Libertad*, 7(2), 41–54. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/318>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009, 29 de septiembre). *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*. <https://www.paho.org/es/documentos/prestacion-servicios-salud-zonas-con-pueblos-indigenas-0>
- Pao, R. (2024, 9 de octubre). *How indigenous midwives are transforming childbirth in the Amazon*. Pachamama Alliance News. <https://news.pachamama.org/how-indigenous-midwives-are-transforming-childbirth-in-the-amazon>
- Garzón, L. P., Montoya Chica, P. J., & Suárez Lucas, G. (2025). Análisis del proceso de estructuración del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural en el departamento de Amazonas, Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 16(1), 310–337. <https://doi.org/10.21501/22161201.4712>
- Patwardhan, B., Wieland, S., Aginam, O., Chuthaputti, A., Ghelman, R., y Ghods, R. (2023). Evidence-based traditional medicine for transforming global health and well-being. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 14(4), 100790. <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2023.100790>

- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D., y Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810–819. <https://doi.org/10.21149/11861>
- Pesantes, A., Bazán, M., y Ponce, V. (2025). Intercultural maternal health in the Peruvian Amazon: An unenforced policy. *Human Organization*. <https://doi.org/10.1080/00187259.2024.2435614>
- Pesantes, A., Cardenas, C., Hewlett, C., y Maake, C. (2023). Primary health care in the Peruvian Amazon during COVID-19: Perspectives from Indigenous nurse technicians. *Frontiers in Tropical Diseases*, 4, 1119499. <https://doi.org/10.3389/fitd.2023.1119499>
- Rincón-Valenzuela, D. A., y Gómez-Ardila, C. (2024). Shortage of perioperative supplies and drugs: Theory and practical implications. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 52(2). <https://doi.org/10.5554/22562087.e1100>
- Tym, C. (2023). Antropología ontológica e interculturalidad de la salud en el pueblo shuar de Zamora-Chinchipe. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (75), 163–180. <https://doi.org/10.17141/iconos.75.2023.5445>
- UNFPA. (2024, 31 de octubre). Parteras de América Latina y el Caribe llaman a mejorar los sistemas de salud para salvar la vida de miles de mujeres. *UNFPA América Latina y el Caribe*. <https://lac.unfpa.org/es/news/parteras-de-alc-llaman-mejorar-sistemas-de-salud-para-salvar-vidas-de-miles-de-mujeres>
- Urias Vázquez, J. E. (2021). *Salud intercultural en la atención médica a enfermos crónicos indígenas en Guadalajara, Jalisco: prácticas y narrativas de sus actores* [Tesis doctoral, Universidad de Guadalajara]. RIUdeG. <https://hdl.handle.net/20.500.12104/92533>
- Vidal-Cuellar, C. L., Chicmana-Zapata, V., Arotoma-Rojas, I., Meza, G., Ford, J. D., Ferruchi, H. R., De-La-Cruz, E., Lancha-Rucoba, G., Borjas-Cavero, D. B., Loarte, S., Mamani, O. A., Palma, V. I. P., Coronel-Altamirano, M. G., Benites, I., Pinasco, G., Valera, R., Huaman, M. M., Urteaga-Villanueva, A., Munayco, C. V., y Zavaleta-Cortijo, C. (2024). Pathways to strengthen the climate resilience of health systems in the Peruvian Amazon by working with indigenous leaders, communities and health officers. *BMJ Global Health*, 8(Suppl. 3), e014391. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014391>
- Villa-Feijoó, A. L. (2022). Estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades desde la perspectiva de la enfermería en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 1(3), 1–14. <https://doi.org/10.69484/rcz/v1/n3/29>