



BIBLIOTECA ELECTRÓNICA
de
GEMINIS PAPELES DE SALUD

<http://www.herbogeminis.com>

**GUÍA PARA LA
ADECUACIÓN CULTURAL
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

2006

MSP

DNSPI

PRO-AUS

BID

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO - BID

**Cooperación técnica de apoyo a la preparación del
Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PRO-AUS)
(EC-T1052)**

Consultor: *Armando Medina Ibáñez*

Junio 2006

MSP

DNSPI

PRO-AUS

BID

El documento fue preparado bajo la Dirección Técnica:

Armando Medina Ibañez - Consultor BID

Equipo Técnico de apoyo:

Julio Mayca Pérez

Germán Ochoa Dávila

Agradecimientos:

Ministerio de Salud Pública:

Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas

Dr. Juan Naula Guacho

SODEM-AUS:

Ec. Jorge Orbe León

Dra. Anita Huachi

Dra. Nilda Villacrés

OPS:

Dra. Rocío Rojas

BID:

Baudouin Duquesne

Ec. Marcelo Pérez Alfaro

Maria Victoria Arboleda

Revisión sintáctica:

Germán Ochoa Dávila

Cuidado de la edición:

Marco Antonio Pinedo Salazar

El documento es de propiedad intelectual del Banco Interamericano de Desarrollo. Queda permitido reproducir este informe, parcial o totalmente, siempre y cuando sea para fines no comerciales y se lo atribuya a sus autores y el BID

Contenido

Introducción	9
PRIMERA PARTE: EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD	
1.1 ¿En qué consiste el Programa de Aseguramiento Universal de la Salud?	13
1.2 ¿En qué consiste el proceso de adecuación intercultural de los servicios de salud ?	14
1.3 ¿Por qué trabajar con la estrategia intercultural?	14
1.4 ¿Qué se quiere lograr?	16
1.5 ¿Quiénes participan?	16
1.6 ¿Qué entendemos por estrategia intercultural de los servicios?	17
1.7 ¿De dónde surge el proceso de adecuación intercultural de los servicios?	18
1.8 ¿A quién va dirigido el proceso de adecuación intercultural de los servicios?	18
1.9 Prioridad en la intervención de la estrategia	19
SEGUNDA PARTE: IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA	
2.1 ¿Qué condiciones previas son importantes para la implementación?	22
2.2 ¿Cuáles son las funciones del personal de Salud en la implementación de la estrategia?	25
2.3 ¿Cómo seleccionar los establecimientos de salud, donde se realizará la intervención?	25
2.4 ¿Cuáles son las fases de la implementación de la estrategia?	30
FASE 1. SENSIBILIZACIÓN	33
Paso1: ¿Cómo Sensibilizamos autoridades líderes y otros actores?	34
Paso 2: ¿Cómo Sensibilizamos a los Profesionales de la salud y a los agentes comunitarios de salud?	37
FASE 2. PLANIFICACIÓN	41
Paso 1: ¿Cómo realizamos el diagnóstico sociocultural?	43
Paso 2: ¿Cómo y para qué procesamos la información del diagnóstico?	44
Paso 3: ¿Cómo elaboramos el plan de implementación de la estrategia intercultural?	45
• En los servicios e infraestructura	47
• En las prestaciones	50
• En el personal de salud	53
• En el sistema de información	57
FASE 3. EJECUCIÓN	61
3.1 ¿Quiénes participan en la ejecución?	61
3.2 ¿Cómo realizaremos las actividades propuestas en el Plan?	62

FASE 4. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN	63
4.1 ¿Cómo se monitorea y evalúa la implementación de la estrategia intercultural en los servicios de salud?	63
4.2 ¿Cómo se evalúa los progresos de la implementación de las estrategias interculturales en los servicios de salud?	63
4.3 Desarrollo del sistema de difusión de la información	64
ANEXOS	65
Anexo 1: Sustento Jurídico para la Construcción de una Política de Salud Intercultural	65
Anexo 2: Experiencias de Implementación de Estrategias Interculturales En los Servicios de Salud de Otros Países	80
Anexo 3 El Conjunto Garantizado de Prestaciones	88
Anexo 4 Estrategia Integral para Reducir la Mortalidad Materna en Áreas Rurales	96
Anexo 5 Glosario de Términos y Conceptos sobre Interculturalidad en Salud	101
Anexo 6: Participantes en los Talleres realizados en la ciudad de Quito con la finalidad de elaborar la “Guía Adecuación Cultural de los Servicios”	103
BIBLIOGRAFIA	105

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y la SODEM/PRO-AUS, con el auspicio del Banco Interamericano de Desarrollo –BID-, presentan la siguiente “Guía para la Adecuación Cultural de los Servicios de Salud”, instrumento metodológico que ha de orientar los procedimientos de articulación de las demandas de la población diversa, con las distintas modalidades de una oferta plural de los servicios, mediante procesos de gestión o atención de la salud con pertinencia social y cultural, en los ámbitos de la descentralización, los gobiernos locales y la constitución del Sistema Nacional de Salud. Esta labor de adecuación permitirá promover los derechos ciudadanos y la revaloración de la diversidad cultural ecuatoriana, constante, de manera explícita, en diversos cuerpos jurídicos y normativos, suscritos o expedidos hasta el momento¹ por el país.

La propuesta de adecuación cultural de los servicios, por otro lado, se halla inscrita no sólo en el ámbito de las reformas legales o normativas para la garantía de la participación ciudadana en torno a la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, sino en el desarrollo de un modelo de atención integral, que fortalece la red de servicios, establece procesos de licenciamiento y acreditación de unidades operativas, adapta su infraestructura a los diferentes requerimientos de los usuarios diversos, profundiza las prestaciones interculturales, despliega el desarrollo del talento humano y, por sobre todo, mejora de forma sostenida y constante la calidad, humanización y equidad de las intervenciones, con el fin de disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud.

La presente Guía, una herramienta educativa de largo aliento, incorpora el componente de interculturalidad, a través del desarrollo de varias fases de implementación, siempre acompañada de sus correspondientes procesos participativos, que permitirán, en último término, la generación de servicios interculturales de salud.

Este ejercicio pedagógico parte del reconocimiento y respeto a la diversidad cultural, tanto de usuarios como de los proveedores de las medicinas tradicionales, que a lo largo de la historia ha demostrado un rol protagónico en el desarrollo económico, social y cultural del país. Procura brindar una orientación que sensibilice la creación y disseminación de cambios de comportamiento en los funcionarios y miembros de los equipos de salud, la forja de estilos de vida y entornos saludables en el marco de las políticas de promoción, de igual modo interculturales, que el Ministerio de Salud promueve; contribuir a mejorar las interrelaciones de los equipos formales de salud con los proveedores de las medicinas ancestrales y alternativas, con el fin de aportar a la resolución de los problemas de salud y enfermedad.

¹ Véase Anexo 2, Sustento Jurídico para la Construcción de una Política de Salud Intercultural.

Bajo las consideraciones descritas, y como aporte a la construcción de la rectoría del Ministerio de Salud (la Autoridad Sanitaria Nacional), es que ha sido construida esta **“Guía para la Adecuación Cultural de los Servicios de Salud”**, instrumento pedagógico de estructura secuencial y desarrollo por fases, que se ha de convertir, en la medida de su uso y despliegue creativos, en un instrumento más de apoyo al personal de salud, en su trabajo cotidiano con la comunidad y los usuarios de los servicios de atención.

INTRODUCCIÓN

La complejidad cultural del Ecuador vuelve necesario el que se aborde los problemas de inequidad, pobreza y exclusión social mediante la implementación de estrategias interculturales, que permitan contribuir a resolver las dificultades observadas entre servidores de la salud y usuarios del sistema de servicios.

Existen experiencias de variado nivel de progreso relativas a procesos de interculturalidad en la territorialidad donde operan las diversas culturas sanitarias, en los ámbitos de la salud, la cultura y el desarrollo. Esta realidad torna necesaria la elaboración de una “Guía para la Adecuación Cultural de los Servicios de Salud” que, de algún modo, haya considerado las más provechosas, las haya sistematizado y entonces halle la oportunidad de replicarlas en las circunscripciones territoriales donde mayores posibilidades de éxito se tenga.

La interculturalidad constituye básicamente una ESTRATEGIA cuyo enfoque debe ser introducido transversalmente en los programas de formación y desarrollo del talento humano, y en los procesos de formulación y ejecución de planes, políticas y programas de salud, como condición para el logro de la EQUIDAD.

En el marco del proceso de implementación de la estrategia intercultural debemos tender hacia la articulación de las medicinas tradicionales y alternativas con la académica u occidental, a fin de permitir no sólo una deseable complementariedad de las acciones, sino la elección del sistema médico donde prefieran los usuarios ser atendidos. De esta manera se procura una sana competencia y se abre la oportunidad de lograr mejoras en la calidad de la atención.

La presente Guía está orientada a facilitar y mejorar el trabajo en los servicios de salud. Como se comprenderá, las adaptaciones que consideremos prudente y necesario impulsar, tendrán en cuenta, de manera imprescindible, la realidad poblacional y liderazgos locales donde se desenvuelva nuestra actividad.

De esta manera la estrategia intercultural, es decir el respeto a la cultura de los usuarios (sus percepciones, hábitos y costumbres respecto al proceso de salud enfermedad), también un trato amable, cortés y humanizado, entre otras consideraciones, viabilizará el proceso de fortalecimiento de los servicios, logrando una mayor afluencia poblacional (incremento de coberturas).

Sin duda estos procedimientos aportarán a la necesaria y activa participación de los líderes y sus comunidades en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud. No de otro modo el lema: **¡La salud es tarea de todos!**, podrá realmente ser objetivado.

Pautas para el uso de esta Guía

Antes de iniciar la lectura y aplicación de esta Guía, examinemos lo siguiente:

Para qué sirve esta Guía

Esta **Guía** ha sido elaborada para que el personal de salud, profesional, técnico, de servicio o apoyo, reconozca los aspectos básicos a considerar en la adecuación cultural de un servicio de salud, y de esta manera objetive los alcances y límites de sus propios conocimientos en salud, frente a otras cosmovisiones, saberes y prácticas, que proceden de culturas sanitarias diversas existentes en nuestro país.

Cómo usaremos esta Guía

Para facilitar el uso de la Guía, los contenidos han sido organizados en Partes, Fases y Pasos. En cada una de ellos se sugiere algunas pautas a implementar. Sin embargo, estos procedimientos deben ser trabajados en el contexto poblacional donde se ejecuta la intervención, con la finalidad de establecer conjuntamente con los usuarios, la estrategia y los elementos significativos que se han de considerar en el proceso de “adecuar culturalmente los servicios de salud”.

Cada una de las Partes, Fases y Pasos, contiene explicaciones e instrumentos metodológicos que nos ayudarán a entender el proceso y desarrollar las actividades en ellos implicados. Todos se encuentran ordenados de manera lógica y continua.

Cómo desarrollaremos la Guía

La Guía se desarrollará en reuniones acordadas entre el personal de salud, las autoridades, los líderes y otros actores significativos de la comunidad. Juntos planificaremos el número de reuniones necesarias hasta completar todos y cada uno de los aspectos considerados, formulando tareas para la generación de establecimientos de salud con adecuación cultural. Su cumplimiento dependerá de los acuerdos que tomemos en conjunto, de los recursos, de las condiciones del establecimiento (personal de salud, distancia del establecimiento, etc.) y de los tiempos de los actores de la comunidad.

PRIMERA PARTE:

EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL Y LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS

1.1 ¿En qué consiste el Programa de Aseguramiento Universal?

El Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PRO-AUS) tiene como objetivo garantizar la protección financiera para las prestaciones de salud, mediante un sistema de aseguramiento con prestaciones integrales, de calidad, eficientes y equitativas, bajo una concepción de protección social y una lógica de aseguramiento público, priorizando a los grupos sociales más vulnerables de los quintiles 1 y 2 de pobreza según SELBEN, y con apertura a la participación contributiva de la población de los quintiles 3, 4 y 5, de manera progresiva, a través de un Plan de Beneficios de Salud Garantizado.

Contratará la prestación de servicios de salud públicos con los diferentes proveedores: Ministerio de Salud Pública –MSP-, Instituto de Seguridad Social –IESS-, Seguro Social Campesino –SSC-, Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas –ISSFA- y otros, servicios que para tales efectos deberán estar lo suficientemente adecuados y fortalecidos en la calidad de su oferta. Esta comprenderá la gestión de sus redes de servicios y capacidad resolutive, procesos de licenciamiento y acreditación, sistemas de gestión y uso de medicamentos y la constitución de modelos interculturales de salud mediante la adecuación cultural de los servicios y prestaciones; a si como de una articulación apropiada con los proveedores de las medicinas tradicionales y alternativas.

El PRO-AUS propiciará, además, la participación activa y directa de la ciudadanía en la veeduría social, y rendición de cuentas, como una forma de control ciudadano sobre los servicios de salud.

1.2 ¿En qué consiste el proceso de adecuación cultural de los servicios de salud?

La adecuación cultural comprende un conjunto de acciones integradas y continuas, orientadas a promover cambios de comportamiento del personal de salud, cambios en los propios servicios y en las prestaciones, pero también en los estilos de vida de las personas, las familias y las comunidades, considerando aspectos relacionados con la cultura, tradición, idioma y conocimientos ancestrales de los usuarios de los servicios de atención.

La adecuación cultural fomenta, de igual modo, la construcción de una cultura de salud basada en la solidaridad, respeto, reciprocidad y complementariedad, es decir,

en el trabajo de valores y principios necesarios para el desarrollo y el interrelacionamiento de los seres humanos.

Nos proponemos generar una oferta de servicios de salud más identificada con la población de comunidades diversas (originarias y otras), de manera que haya una mayor aceptación a los servicios que brindamos y el impacto de las intervenciones, por tanto, resulte mayor.

Dividiremos la oferta en los siguientes componentes, o dimensiones claves, con el fin de agrupar la serie de procesos contenidos en ellos:

1. Infraestructura y Servicios disponibles.
2. Conjunto de prestaciones.
3. Talento humano.
4. Sistemas de información.

Componentes o dimensiones claves de la adecuación cultural, por otro lado, amparados en un marco jurídico nacional e internacional explícito (Ver Anexo 2).

1.3 ¿Por qué trabajar con la estrategia intercultural?

Las poblaciones indígenas y afroecuatorianas, por ejemplo, situadas mayoritariamente en zonas rurales y urbanas marginales, acusan los índices más elevados de pobreza, exclusión social, enfermedad y muerte, en nuestro país. Esta realidad ha motivado un considerable número de estudios, aportes y normativas relacionadas a la salud de los pueblos originarios y otros, incluida la conservación de sus medicinas tradicionales.

Dichas poblaciones precisan un trato justo y particularizado por parte de nuestro sistema de salud. Ello implica la generación de actividades encaminadas al mejoramiento de su calidad de vida y salud, adoptando disposiciones específicas para grupos de población vulnerables, brindando atención médica y sanitaria culturalmente adaptada en sus métodos, técnicas y alcance social².

En nuestro país conviven 13 nacionalidades y 14 pueblos indígenas, pero también pueblos afroecuatorianos, mestizos y otros, lo cual significa que el Ecuador es un país multicultural y multilingüe. Cada una de las nacionalidades y pueblos tienen sus propios sistemas médicos, es decir, sus propios recursos humanos y medicinales, tecnologías, concepciones de la salud y la enfermedad, validados por su propia cultura en el curso de su desarrollo histórico.

Por otro lado, tenemos el sistema médico oficial que también tiene sus mecanismos de cómo tratar y comprender la salud y la enfermedad, conocimientos respaldados por la investigación científica y los avances tecnológicos.

² 47ª. Asamblea Mundial de la Salud: Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, 12 mayo, 1994.

Las relaciones entre los diversos saberes médicos han estado signadas por la imposición y el enfrentamiento.

Se plantea, por lo mismo, establecer una estrategia intercultural, que promueva, mediante mecanismos de sensibilización y de toma de conciencia, así como de ejercicios operativos necesarios y suficientes, al respeto de las diferencias entre los distintos conocimientos y prácticas médicas, con el fin de fortalecer la colaboración mutua en torno a la visión y misión institucionales de los servicios de salud.

De igual manera, mediante la estrategia intercultural se busca que tanto las percepciones, saberes y prácticas de los usuarios diversos, como de los denominados hombres y mujeres de sabiduría, o sanadores de las medicinas ancestrales, también de los profesionales de las medicinas alternativas, sean considerados y asumidos por el sistema oficial de salud en condiciones de respeto, indagación y diálogo, no sólo porque lo manda el precepto constitucional sino, y por sobre todo, como lo exige la pertinencia de una colaboración entre pares.

De esta forma, se espera lograr que:

- El personal de los establecimientos de salud adquiera conocimientos y prácticas de los sistemas médicos tradicionales y de las medicinas alternativas.
- Los establecimientos de salud constituyan escenarios que favorezcan el diálogo y la cooperación horizontal entre quienes ofertan y demandan servicios, a la vez que promuevan un ejercicio cultural saludable mediante el respeto, la equidad y una armónica convivencia social.
- Los miembros de los establecimientos de salud desarrollen habilidades para la negociación e interacción con los usuarios, y faciliten el manejo de la estrategia intercultural para lograr una adaptación exitosa de sus acciones frente a los desafíos propios de cada grupo poblacional y sus particulares requerimientos.
- Desplieguen un trabajo productivo con la comunidad y organizaciones sociales, logrando respaldo y legitimidad de la población beneficiaria.

1.4 ¿Qué se quiere lograr?

- El desarrollo de actitudes de reconocimiento de la diversidad de sistemas médicos en el contexto pluricultural del país.
- El establecimiento de diversos grados de interrelacionamiento provechoso entre los sistemas médicos tradicionales y alternativos, y el sistema oficial de salud.
- La participación activa del personal de salud, de líderes comunitarios y agentes tradicionales de salud en el proceso de implementación de la estrategia intercultural.

1.5 ¿Quiénes participan?

- a. El nivel central del Ministerio de Salud Pública (y de las Direcciones Provinciales de Salud), quien facilitará la implementación de políticas, procesos y productos relacionados, y contribuirá a viabilizar la implementación de la estrategia, a través de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (Subproceso de Salud Intercultural).
- b. El equipo técnico del Programa de Aseguramiento de Universal de Salud (PRO – AUS).
- c. Las Áreas de Salud y el personal de salud del primer nivel de atención (puestos, subcentros y centros y de salud) quienes son los actores fundamentales en la implementación de la estrategia intercultural en los servicios.
- d. Los agentes comunitarios de salud y líderes comunales, quienes facilitan el proceso de desarrollo de las capacidades del personal de salud contribuyendo a mejorar sus conocimientos sobre la realidad cultural y sanitaria de la población a intervenir.
- e. Las organizaciones de base representativas de la comunidad en los ámbitos territoriales de intervención.

1.6 ¿Qué entendemos por estrategia intercultural de los servicios?

Interculturalidad: Es el proceso de diálogo (entre diferentes pensamientos, sentires, quehaceres; en suma, entre culturas), que permite no sólo mayores y mejores niveles de entendimiento, sino de conjunción de esfuerzos para la superación de las dificultades y el logro de propósitos comunes.

Por ejemplo: mestizos e indígenas, médicos formales y *médicos* tradicionales, obstetrices y parteras, tienen variados conocimientos: los unos por sus estudios y ejercicio técnico, y los otros por su propia experiencia y el conocimiento transmitido de generación en generación. Por tanto si se escuchan e intercambian sus conocimientos, destrezas y habilidades, pueden comprenderse mejor y articular esfuerzos para la solución de los problemas de salud (individuales, familiares, comunitarios).

Adecuación cultural: Consiste en adaptar los procedimientos técnicos de la intervención en salud, a las concepciones, actitudes y prácticas de las comunidades culturalmente diversas, de modo que las atenciones brindadas sean más familiares a sus costumbres y tradiciones propias.

También consiste en conjugar elementos culturales de los usuarios (población indígena, afroecuatoriana, u otra), con los distintos elementos físicos y arquitecturales presentes en los servicios.

De esta manera, en el usuario se genera un clima de confianza al verse reflejado e identificado en los distintos procedimientos de las prestaciones y en los mismos servicios de salud a los cuales acude.

Estrategia intercultural de los servicios: Es el proceso mediante el cual se viabiliza la interacción de conocimientos, saberes y prácticas de un sistema de salud determinado en contextos culturales diversos. Aquí, el recurso humano del sector salud se halla en un proceso de búsqueda continua del bienestar físico, psíquico y social de su población beneficiaria, por lo cual emprende procesos de construcción y mantenimiento de condiciones favorables para fomentar su desarrollo, el respeto a su cultura, dignidad, expectativas y necesidades, la promoción de un entorno saludable, y el estímulo de valores y actitudes positivas para la vida.

El establecimiento de salud es aquel espacio físico donde se propicia condiciones satisfactorias para los usuarios y la familia, mediante la consideración de los elementos culturales de la población beneficiaria en los servicios y prestaciones establecidos.

1.7 ¿De dónde surge el proceso de adecuación intercultural de los servicios?

La adecuación intercultural de los servicios surge desde los requerimientos de la demanda, puesto que se requiere mejorar la calidad de atención a las poblaciones culturalmente diversas, que acusan los índices más elevados de pobreza, exclusión social, enfermedad y muerte, en el país.

1.8 ¿A quién va dirigido el proceso de adecuación intercultural de los servicios?

La adecuación cultural de los servicios va dirigida hacia el sistema de la oferta de servicios.

Conviene reconocer que una de las barreras clásicas por las cuales la cobertura de los servicios de salud no ha cumplido a cabalidad su cometido, se debe precisamente a no haber contemplado los requerimientos de la demanda, en los órdenes que se señala en el siguiente acápite (componentes o dimensiones claves de los servicios).

Por tal razón los usuarios al no encontrar en los servicios el trato debido, los horarios convenientes, la identidad de sus costumbres, el reconocimiento de sus particulares concepciones, saberes y prácticas, en torno a la salud y la enfermedad, no han vuelto sus ojos sino al uso de sus propios recursos (saber popular –familiares, vecinos-, conocimiento de las abuelas, de los sanadores, etc.), intentado, en la medida de lo posible, no topar el espacio de las unidades operativas oficiales, a las cuales siempre

consideraron como algo ajeno a sí mismos y por lo mismo, no digno de ser considerado.

1.9 Prioridad en la intervención de la estrategia.

En una primera etapa, la intervención priorizará poblaciones indígenas y afroecuatorianas donde se haya iniciado un proceso de implementación de la estrategia intercultural y su población se encuentre bajo los quintiles 1 y 2 de pobreza. Luego se irá extendiendo a otros ámbitos poblacionales.

Para tales efectos, y de conformidad con sus fines operativos, hemos dividido los servicios en los siguientes componentes, o dimensiones claves, y así facilitar el proceso de intervención:

- Infraestructura y Servicios disponibles.
- Conjunto de prestaciones.
- Personal de salud.
- Sistemas de información.

IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Antes de iniciar la implementación de la estrategia intercultural en los servicios, es importante considerar algunos aspectos de la organización y condiciones de los establecimientos de salud.

El proceso, en una primera etapa, se desarrollará con establecimientos de salud, que ya hayan iniciado un proceso de adecuación cultural de sus servicios. Sus logros obtenidos nos servirá como modelo para replicarlo en otras unidades operativas de su circunscripción territorial, donde su población sea mayoritariamente indígena o afroecuatoriana.

Previo a la implementación del proceso, se comprometerán acciones de sensibilización a las autoridades, a las instancias de concertación comunal y a los líderes, con el fin de asegurar la base social de apoyo para el éxito de la intervención.

El liderazgo institucional de los procesos se halla en manos del Proceso de Salud Intercultural (Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas), instancia técnico administrativa del Ministerio de Salud, con equipos de trabajo en Planta Central y dieciocho Direcciones Provinciales de Salud. Su creación es fruto del acuerdo entre la autoridad sanitaria nacional y las organizaciones del movimiento indígena del país.

Salud Intercultural interviene en procesos de desarrollo institucional, de legalización y legitimación de las medicinas ancestrales de las nacionalidades y pueblos, así como en la constitución de horizontes de respeto y diálogo intercultural entre las redes plurales de oferta de servicios y prestaciones, de todas y cada una de las culturas sanitarias existentes, mediante estrategias de desarrollo del talento humano, de comunicación alternativa, de proyectos, investigación y sistemas de información.

2.1 ¿Qué condiciones previas son importantes para la implementación?

Para implementar la estrategia intercultural en el ámbito de la infraestructura y otros aspectos físicos de los servicios, es importante tomar en cuenta algunas condiciones que se sugieren como necesarias, puesto que facilitarán el desarrollo de cada una de las fases aquí contempladas.

Sin embargo, la falta de alguna de estas condiciones, no constituye un impedimento para la implementación de la estrategia en el servicio. (Ver gráfico No. 1)

Definir un ámbito geográfico, seleccionar el establecimiento de salud, asignar un responsable

Establecer un determinado ámbito geográfico y seleccionar inicialmente un establecimiento de salud donde se realice alguna experiencia positiva de adecuación cultural. Luego, y de forma progresiva, la estrategia se irá replicando en los establecimientos de salud del Área, donde resulte posible y necesario, considerando las particularidades culturales de la población beneficiaria.

El trabajo será conjunto entre el personal de salud, los agentes comunitarios de salud y otros actores sociales. Ha de resultar oportuno seleccionar un responsable (coordinador) que represente a la población y un representante del establecimiento de salud, como una forma de fomentar la corresponsabilidad en la implementación de la estrategia y establecer nexos efectivos entre la comunidad y el establecimiento de salud, a más de aportar a la sustentabilidad de las acciones.

Impulsar en el personal de salud la necesidad de un cambio en la infraestructura y demás aspectos de los servicios

Es preciso que el personal de salud sea previamente sensibilizado sobre la existencia, en el territorio nacional, de culturas sanitarias diversas, cuyo origen se remonta a los albores de la historia y por lo mismo fundamenta los derechos colectivos de los pueblos.

De igual manera el personal de salud deberá conocer las disposiciones jurídicas tanto nacionales como internacionales relevantes que, surgidas de lo anterior, sirven de marco y comprometen la necesidad de la adecuación cultural de los servicios (Ver Anexo 2).

Finalmente, y en relación con lo señalado, será necesario que se reconozca los límites y posibilidades del sistema de salud vigente, y examine críticamente las razones para la existencia de las barreras de acceso a los servicios de salud.

Contar con la voluntad política del nivel central y de las organizaciones sociales de base

La voluntad política es entendida como la disposición de las autoridades con poder político y decisor, para el impulso técnico, administrativo y financiero a fin de llevar a término la implementación de la estrategia.

El compartir el trabajo con las organizaciones sociales de base, a través de las cuales la comunidad tenga una participación activa, es un elemento de carácter vital no sólo para el éxito de proceso, sino para su correspondiente sostenibilidad en el curso del tiempo.

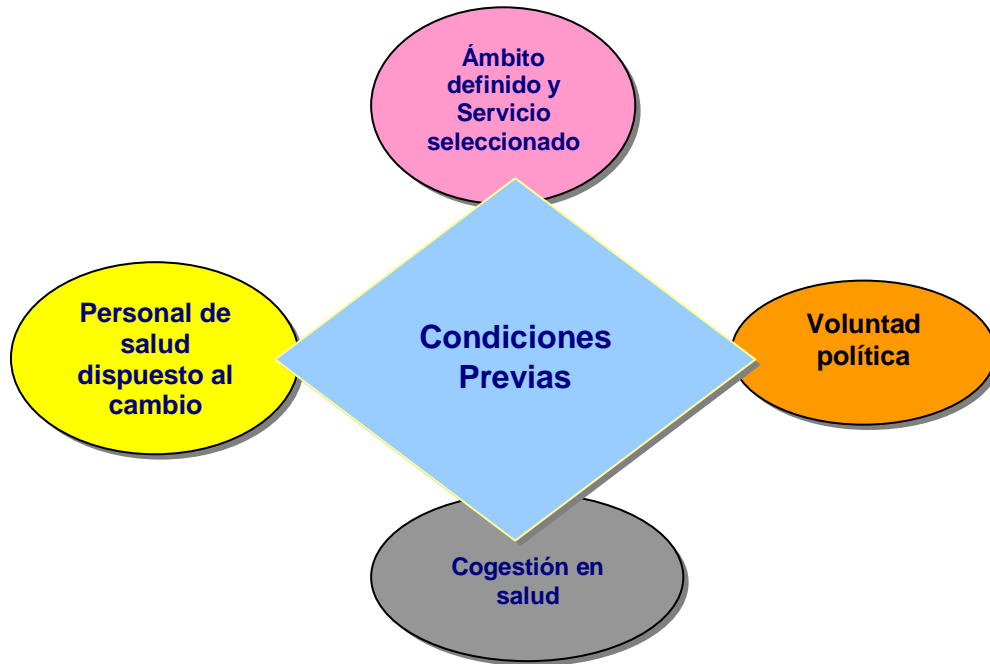
Experiencia en cogestión de la salud

La cogestión de los servicios, es una forma concreta de participación de la sociedad civil en la toma de decisiones sobre lo fines y la operatividad de los establecimientos de salud.

Servicios de salud con estas características, tendrán mejores oportunidades de alcanzar sus objetivos, metas e impacto.

Gráfico No 1

Condiciones Previas para la Implementación de la Estrategia Intercultural



2.2 ¿Cuáles son las funciones del personal de Salud en la implementación de la estrategia?

Todo el personal de salud debe conocer las funciones y aplicabilidad de la Guía, así como la necesidad de conformar equipos técnicos en cada zona piloto. En general, en dichas zonas el personal de salud tendrá una participación activa, debiendo asumir las siguientes funciones relacionadas:

- Promover la participación del personal del establecimiento y de los establecimientos cercanos.
- Establecer relaciones de respeto y amistad con los líderes comunitarios, sus organizaciones, y los sanadores de las medicinas tradicionales y/o alternativas.
- Fomentar la participación de la comunidad y sus líderes en las acciones de salud.
- Impulsar el trabajo intersectorial con otros actores sociales, institucionales y organizacionales para obtener acuerdos de apoyo en la adecuación cultural de los servicios.

- Realizar el monitoreo y evaluación de las acciones propuestas en la implementación de la estrategia.
- Llevar registros y consolidar información de las actividades realizadas.
- Capacitar y brindar apoyo técnico a los agentes comunitarios en salud.
- Conocer las percepciones, hábitos y costumbres de las comunidades, así como sus particulares concepciones y prácticas del proceso de salud y enfermedad, y visibilizarlos en la operación de los servicios y prestaciones.

Con este fin, se desarrollará acciones de capacitación en los diferentes ámbitos de la adecuación cultural de los servicios de salud, como también en los temas de salud familiar, educación y comunicación, implementando metodologías participativas.

Los responsables de la implementación de la estrategia (equipos técnicos y funcionarios del Proceso de Salud Intercultural -Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas-) y /o consultores externos.

2.3 ¿Cómo seleccionar los establecimientos de salud donde se desarrollará la intervención?

Según las experiencias desarrolladas en el país, se plantea escoger las zonas donde se encuentre más afianzado el tema intercultural y la medicina tradicional y, a partir de aquí, operar la estrategia, y luego ampliarla hacia los demás establecimientos del Área de Salud, que dispongan de condiciones culturales semejantes.

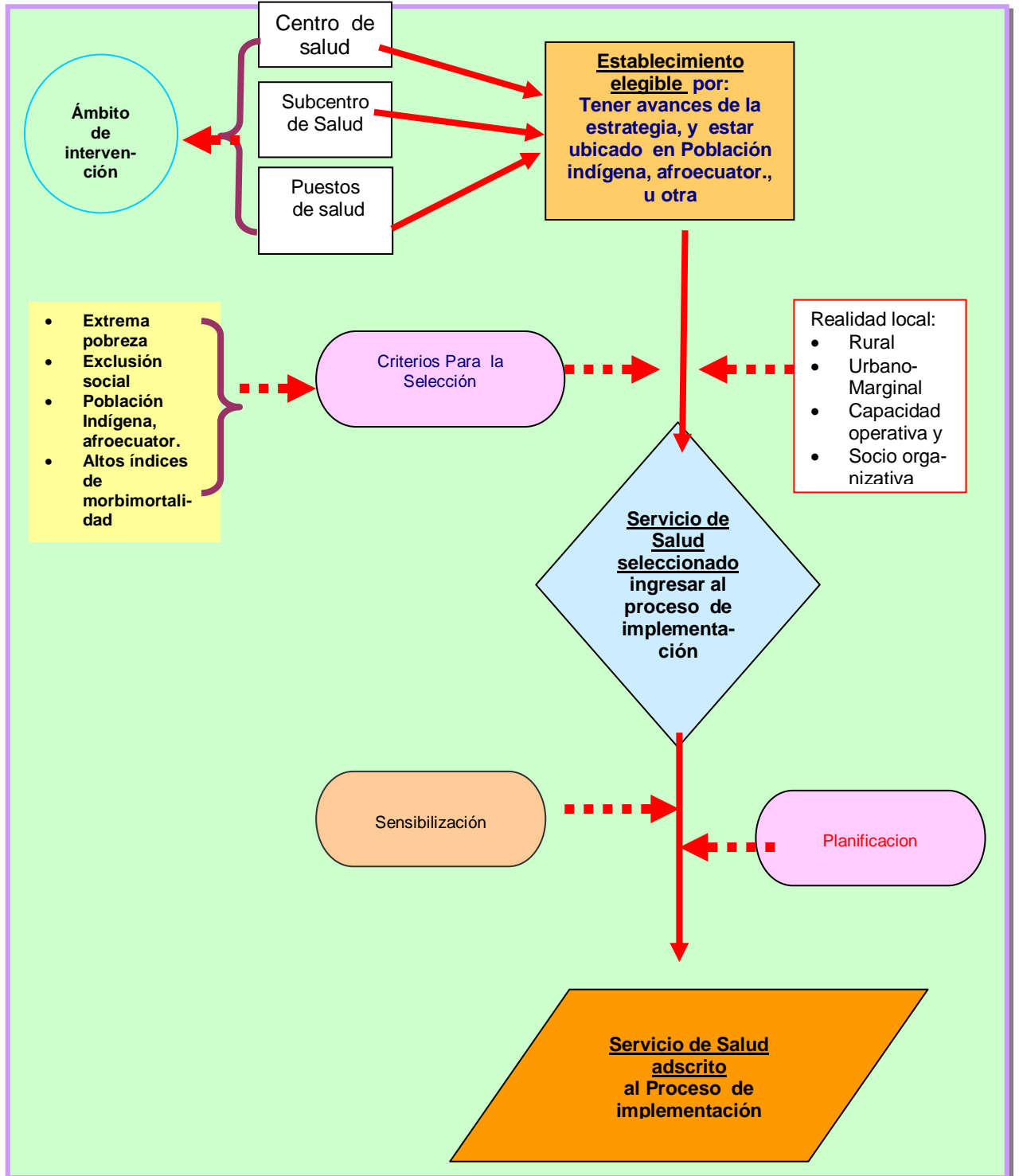
El grupo de establecimientos a considerar, comprenderá circunscripciones territoriales donde existan nacionalidades y pueblos afroecuatorianos indígenas, u otros, preferiblemente en las tres regiones naturales del país.

De esta manera partiríamos con cinco o seis experiencias piloto, de donde se podría obtener información suficiente, incluidos los mecanismos de articulación de las medicinas tradicionales y alternativas con la occidental.

En base a cada una de estas experiencias delimitaríamos territorios accesibles, con servicios de características epidemiológicas, prestaciones y recursos humanos similares, donde replicar la experiencia exitosa (escogiendo un promedio de cuatro establecimientos por cada experiencia y considerando al recurso humano de los establecimientos periféricos para las capacitaciones respectivas).

Gráfico No 2

Proceso de Selección de los establecimientos de salud, territorio de implementación de estrategias interculturales.



PROCEDIMIENTO:

Primero:

Identificamos el ámbito de intervención:

Como punto de inicio, debemos delimitar el ámbito geográfico y poblacional donde proceda la intervención. Es importante considerar que, en un primer momento, se elegirá dos experiencias para cada tipo de población, considerando su pertenencia étnica: afroecuatoriano, indígena, otros, su vulnerabilidad social, y la fortaleza organizativa local.

De esta manera partiríamos con seis experiencias (2 con población indígena andina, 2 con población indígena amazónica y 1 con población afroecuatoriana) de las cuales se obtendrá información suficiente y necesaria con respecto a la incorporación de los requerimientos de los usuarios en los servicios, así como de los vínculos de la medicina tradicional y/o alternativa con la occidental, y sus niveles de avance.

Con el soporte de cada experiencia desarrollada, delimitaríamos un territorio accesible donde establecer una réplica (escogiendo un promedio de tres o cuatro establecimientos por cada experiencia, y considerando al recurso humano de los establecimientos periféricos para las capacitaciones respectivas), considerando, como se dijo, a la población adscrita con características epidemiológicas similares, número de atenciones realizadas, servicios brindados y recurso humano disponible.

Segundo:

Seleccionamos la prioridad según criterio sanitaria regional o local, y grupos poblacionales

En el proceso de selección se puede incluir otros criterios según prioridades regionales o locales, establecidas en los acuerdos de gestión, o según grupos poblacionales. Por ejemplo:

Prioridades:

- Extrema pobreza.
- Exclusión social
- Población Indígena
- Altos índices de morbimortalidad.

Grupos poblacionales:

- Niño.
- Adolescente.
- Mujer adulta y adulta mayor
- Hombre Adulto y adulto mayor

Si a nivel de un Área de Salud existe el problema de salud materna, por ejemplo, es razonable que nuestra estrategia deba contribuir a resolver dicho problema. Allí fortaleceremos el trabajo en adecuación cultural según esa demanda (parto domiciliario con acompañamiento profesional; parto institucional con acompañamiento de familiar y partera/o; construcción de una casa de espera; adecuación del espacio y equipo para parto vertical, uso de recursos etnobotánicos, etc.).

Tercero:

Selección del sector a intervenir, de acuerdo a características territoriales y poblacionales

La intervención podría darse en:

- Zona rural andina
- Zona rural amazónica
- Zona rural afroecuatoriana
- Zona urbana o urbano marginal.

En la zona de intervención se ejecutará las siguientes acciones:

- Identificar grupos poblacionales
- Establecer aspectos culturales propios en relación a la salud y la enfermedad
- Establecer percepción del usuario hacia el establecimiento de salud
- Reconocer nivel organizativo local y grado de participación social de la población

Cuarto:

Contar con la libre decisión del personal de salud y los actores sociales para involucrase en la implementación de la estrategia:

Una vez identificados los establecimientos de salud elegibles, se realizarán acciones de sensibilización, con la finalidad de informar acerca de los objetivos y la forma en que se desarrollará el trabajo. Posteriormente, se planificará, conjuntamente con la población y con representantes de la comunidad las acciones a realizar y se les invitará a adscribirse en el proceso considerando su **libre decisión** y participación **voluntaria**.

2.4 ¿Cuáles son las fases de la implementación de la estrategia?

Se propone las siguientes fases a desarrollar para la implementación de la estrategia:

Fase 1: Sensibilización:

- a. Constitución de los equipos trabajo. Partimos de seis experiencias (3 áreas indígenas andinos, 2 áreas indígenas amazónicas, 1 área de la población afroecuatoriana), con cada una de las cuales se conforma un equipo de trabajo, de manera que se replique a no menos de tres establecimientos por cada una de las experiencias de arranque, con lo cual en dos años tendríamos 24 establecimientos con sus servicios culturalmente adecuados.
- b. Designación de responsable por sector y establecimientos; conocimiento de las labores organizativas a realizar, tanto del equipo de trabajo como del equipo técnico del proyecto.
- c. Identificación de las principales acciones a realizar para construir establecimientos interculturales.
- d. Identificación de líderes, organizaciones e instituciones existentes en las comunidades adscritas. Identificación del personal de salud a considerar en el proceso.

- e. Desarrollo en conjunto (equipo técnico, equipo de trabajo y líderes comunitarios) del plan de sensibilización (información inicial a brindar a los participantes y líderes de la comunidad).
- f. Inicio de la Sensibilización.

Fase 2: Organización y Planificación:

- a. Discusión del plan a trabajar en cada zona (modificaciones de acuerdo a cada realidad) en base a la propuesta general.
- b. Concertación con la comunidad para el auspicio de la adecuación cultural.
- c. Organización del establecimiento de salud con la comunidad.
- d. Línea de base epidemiológica, cultural y tradicional de las comunidades adscritas al proyecto.

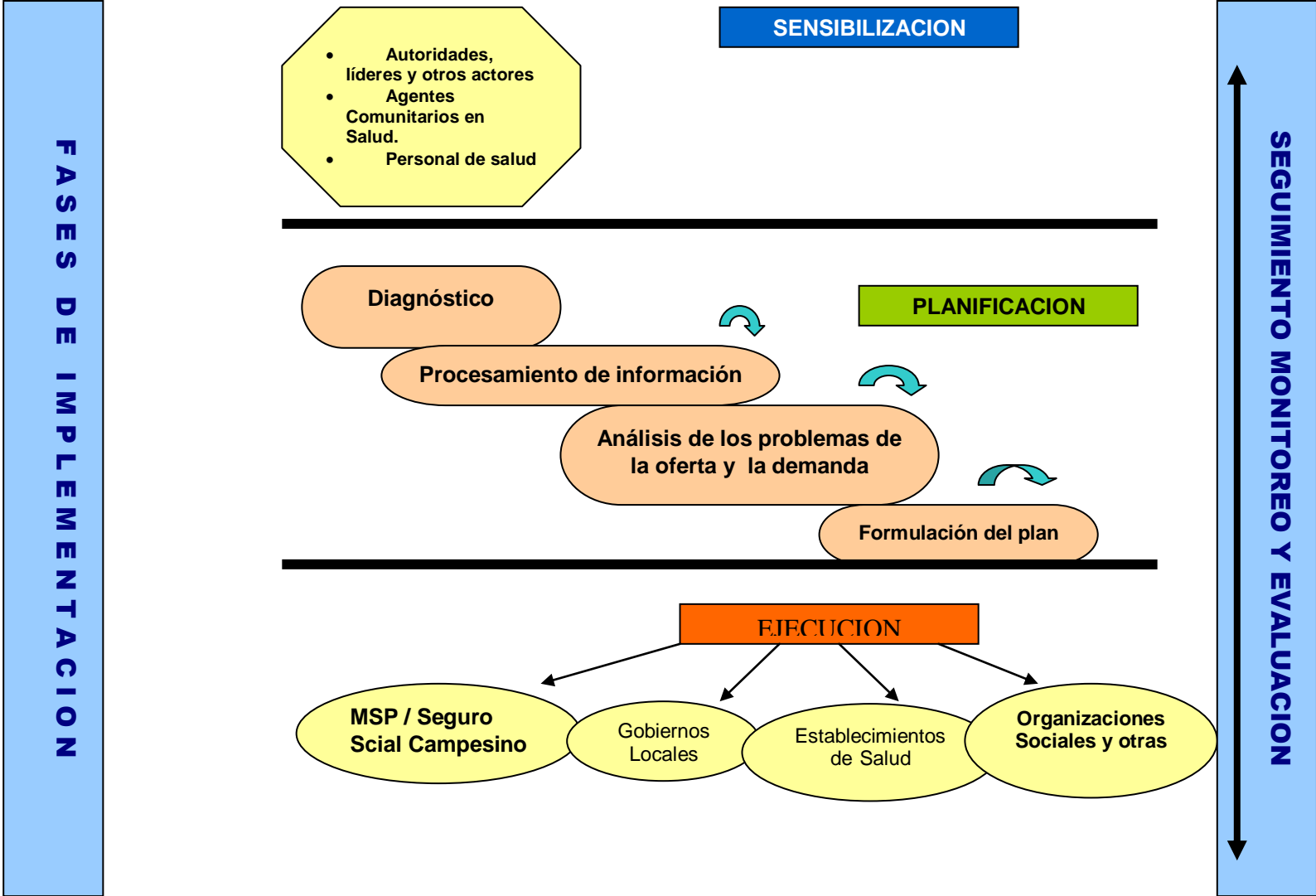
Fase 3: Ejecución:

- a. Ejecución del plan concertado para la estrategia de adecuación cultural de los servicios.

Fase 4: Seguimiento, monitoreo y evaluación:

- a. Desarrollo de sistemas de información en base a las prestaciones y servicios interculturales.
- b. Monitoreo de las actividades a partir del segundo semestre de iniciada las actividades, con indicadores trimestrales de proceso y resultado.
- c. Evaluación anual del proyecto.
- d. Calificación por parte de la comunidad del proceso desplegado.

GRÁFICO No 3. FASES DE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA INTERCULTURAL



FASE 1. SENSIBILIZACIÓN

En la fase de sensibilización difundimos y socializamos lo que nos proponemos realizar y obtener, mediante la implementación de la estrategia intercultural. Explicamos al personal de salud del establecimiento seleccionado, líderes comunales, autoridades y agentes comunitarios y otros actores involucrados en el desarrollo de la comunidad, los objetivos planteados y la forma en que la estrategia se va a implementar.

En esta fase, realizamos diversas actividades de comunicación e información, que permitan despertar el interés, motivar la participación y lograr el compromiso de los actores considerados fundamentales en la implementación.

¿Qué objetivos buscamos con la sensibilización?

- Informar y dar a conocer sobre la implementación de la estrategia intercultural en los servicios de salud, sus objetivos, y los resultados que se procura alcanzar.
- Promover la participación del recurso humano del establecimiento de salud, autoridades, líderes comunales y agentes comunitarios de salud, en el proceso de implementación de la estrategia.
- Lograr el respaldo de las autoridades, líderes y otros actores, al proceso de implementación de la estrategia.

¿Cómo nos organizamos para esta fase?

Las tareas a desarrollar en esta fase son:

Preparación de las reuniones de sensibilización: El personal de salud responsable de la comunidad y/o sector deberá preparar con anterioridad las reuniones de sensibilización. Para ello, es importante que organice previamente los materiales que utilizará y la metodología a emplear, a fin de que los actores que participen en cada reunión, puedan captar con claridad los mensajes que se quieren transmitir. Así mismo, deberá ubicar en la comunidad el espacio adecuado para realizar los encuentros.

Identificación de los agentes comunitarios en salud y sus organizaciones: se contará con información procedente de las mismas organizaciones y de la comunidad, sobre el número y las características de los agentes comunitarios (por ejemplo, edad, sexo, ámbito de influencia, grado de instrucción, categoría de especialidad, experiencia, entre otros). La información debe encontrarse disponible en un listado en formato impreso o magnético

Coordinación con el agente comunitario en salud: el personal de salud en coordinación con el agente comunitario elaborará un listado de los actores de la comunidad, que estarán presentes en cada una las 3 reuniones de sensibilización previstas en esta fase.

Los actores de la comunidad que deben participar en las reuniones de sensibilización serán:

- El personal del establecimiento de salud que pertenezca a la comunidad.
- Los agentes comunitarios en salud.
- Las autoridades y los líderes comunales: teniente político, autoridad municipal, presidente de la organizaciones comunal (cabildo), presidente de junta administradora de agua potable, etc., Iglesia, ONGs, clubes (deportivos, sociales, etc).

Convocatoria para las reuniones: una vez identificados los actores que participarán en las reuniones, el personal de salud en coordinación con las autoridades comunales o la instancia de concertación comunal, elaborará una invitación, la cual deberá se entregada por lo menos con una semana de anticipación, debiendo indicar la hora de la reunión, el lugar, la fecha y los objetivos de la misma.

Paso1: ¿Cómo sensibilizamos autoridades, líderes, y otros actores?

Uno de los objetivos de la primera fase de sensibilización es lograr el respaldo de autoridades, líderes y otros actores de la comunidad, para la implementación de la estrategia. De allí la importancia de identificarlos y sensibilizarlos a fin de contribuir al logro de los objetivos propuestos.

La intersectorialidad y el desarrollo de alianzas, son importantes en la implementación de la estrategia intercultural en los servicios de salud por lo que debemos tenerlo en cuenta desde el inicio. Nuestro rol en las acciones intersectoriales, es el de facilitador de procesos.

Para la implementación de la estrategia intercultural en los servicios, tendrá una particular importancia considerar a los actores e instituciones vinculados a la salud, así como de otros programas sociales de apoyo a las poblaciones más excluidas, especialmente en los establecimientos donde se dará inicio a este proceso.

Será importante considerar también a las organizaciones sociales de base y comités locales, a las instituciones educativas y a las organizaciones no gubernamentales presentes en la zona.

Sesión de Sensibilización a autoridades, líderes comunitarios y otros actores

Objetivo: Lograr el respaldo de las autoridades, líderes comunitarios y otros actores para la implementación de la estrategia intercultural.

Materiales:

Papelógrafos, papel bulki o reciclado, plumones y maskingtape, cartulinas, hojas con las definiciones de: cultura, adecuación cultural, interculturalidad e interculturalidad en salud

En la sesión procederemos de la siguiente forma:

Primero.

Llegaremos a la hora acordada y conversando amigablemente, esperaremos la llegada de todos los participantes.

Segundo

Iniciaremos la sesión, agradeciendo su presencia y participación y explicaremos el objetivo e importancia de la actividad. Realizaremos una dinámica de presentación para motivar la integración e interrelación de los participantes.

Tercero

Promoveremos una lluvia de ideas en relación a cómo ven las autoridades y líderes comunales la atención en los servicios de salud, y cómo les gustaría que fuese en el futuro.

Cuarto

El facilitador ordenará las ideas y dará lectura a los aportes de los participantes, en relación a cómo perciben el proceso de adecuación cultural de los servicios y la implementación de la estrategia intercultural.

Quinto

Luego se presentan los conceptos de cultura, adecuación cultural, interculturalidad y estrategia intercultural en salud, comparándose con los conceptos elaborados por los participantes, enfatizando en el análisis, y la importancia del trabajo para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud.

Sexto

Realizaremos una breve presentación de la estrategia, para la cual podemos preparar un papelógrafo, tomando como referencia las siguientes preguntas que se contemplan en la primera parte de esta guía.

¿En qué consiste la estrategia intercultural?

¿Por qué trabajar con adecuación cultural?

¿Qué se quiere lograr?

¿Quiénes participan?

En el caso de disponer de avances u otras evidencias en el tema de interculturalidad en salud, se sugiere que sean presentados como forma de motivación a las autoridades, líderes y otros actores, e incluso invitarles a realizar una visita guiada.

Séptimo

Haremos una ronda de 2 preguntas clave, las cuales pueden estar listas en un papelógrafo:

¿Cuál es su opinión sobre la implementación de la estrategia?

¿Cuál podría ser su participación en este proceso?

Recogeremos las opiniones y haremos un resumen de los aportes, definiendo el compromiso de las autoridades, líderes y otros actores para tenerlos en cuenta cuando iniciemos el proceso de implementación de la estrategia.

Octavo

Se finaliza la sesión, proponiendo la firma de un Acta de Reunión con los compromisos asumidos por los participantes.

Noveno

Antes de despedirnos, agradeceremos nuevamente la participación de todos y reiteraremos la importancia de los compromisos asumidos y de la coordinación permanente entre el personal de salud y los participantes para la implementación de la estrategia intercultural.

RECUERDA QUE:

Es necesario reconocer la importancia de iniciar el proceso con la sensibilización de los actores claves, es decir, por un lado nuestras autoridades en salud y el personal de salud que trabaja en nuestro primer nivel de atención, y por otro generar el involucramiento de la comunidad a través de sus líderes y organizaciones participativas comunales, que permitan un acercamiento con la comunidad de manera que ellos reconozcan como suyos los procesos de adecuación cultural propuestos.

Se propone el desarrollo de actividades comunicacionales que muestren la importancia y validez de la estrategia a implementar, considerando los públicos objetivos propuestos. Así por ejemplo se dispondrá de presentaciones, documentos informativos, trípticos, rotafolios y otras propuestas a considerar según sean requeridas.

Paso 2: ¿Cómo Sensibilizamos a los Profesionales de la salud y a los agentes comunitarios en salud?

En el proceso de implementación de la estrategia intercultural trabajaremos principalmente con el personal de salud y los agentes comunitarios en salud, para generar comportamientos y actitudes compartidas.

Durante la sensibilización, buscamos, en primer lugar, que el personal de salud y los agentes comunitarios en salud, dispongan de la información adecuada para

fortalecer su rol y sus capacidades técnicas en el proceso de implementación de la estrategia.

Debemos considerar sus expectativas en la participación de este proceso, para que los compromisos resultantes giren alrededor de intereses comunes. Por ello la sensibilización del personal de salud y de los Agentes Comunitarios en Salud, estará orientada a mostrar la importancia de trabajar con los enfoques y las estrategias de la interculturalidad

Sesión de Sensibilización

Objetivo: promover la participación y el compromiso del personal de salud y los agentes comunitarios en el proceso de la implementación de la estrategia intercultural.

En la sesión procederemos de la siguiente forma:

Primero.

Llegaremos a la hora acordada y conversando amigablemente, esperaremos la llegada de todos los participantes.

Segundo

Iniciaremos la sesión, agradeciendo su presencia y participación y explicaremos el objetivo e importancia de la actividad. Realizaremos una dinámica de lluvia de ideas de cómo están los servicios en la actualidad y cómo nos gustaría que fueran en el futuro.

Tercero

Finalizada la dinámica, procederemos a ordenar las ideas y recogeremos las ideas relacionadas con el proceso de adecuación intercultural de los servicios.

Cuarto

Luego se presentan los conceptos de cultura, adecuación cultural, interculturalidad y estrategia intercultural en salud, comparándose con los conceptos elaborados por los participantes, enfatizando en el análisis, y la importancia del trabajo para mejorar una calidad de atención en los servicios de salud.

Quinto

Presentaremos los objetivos de la estrategia intercultural, orientando los siguientes aspectos:

- *Cómo trabajaremos con la adecuación cultural de los servicios e infraestructura?*
- *Cómo trabajaremos con el equipo de salud?*
- *Cómo trabajaremos en las prestaciones?*
- *Cómo trabajaremos con el sistema de información?*

Explicaremos que las acciones de la estrategia intercultural, incluyen procesos educativos y participativos, en los cuales el personal de salud y los agentes comunitarios adquieren conocimientos, desarrollan habilidades y prácticas culturales, que pueden ser canalizadas adecuadamente en los servicios de salud.

No se debe olvidar, que la dinámica sobre el personal de salud, ha de girar en relación con sus roles y funciones, especificadas ya en los respectivos manuales de Áreas de Salud, y sobre aquellas nuevas responsabilidades surgidas del ejercicio de la interculturalidad.

Sexto

Finalizada la presentación de los objetivos del programa, pasaremos a hablar del rol de los agentes comunitarios en salud, en el trabajo con las familias y la comunidad. Para el efecto, usaremos la dinámica de lluvia de ideas, con la participación de los asistentes, y luego escribimos en un papelote las responsabilidades acordadas.

Séptimo

Al final de la sesión, les agradeceremos su participación, resaltando la importancia de sus acciones y su compromiso en apoyar los trabajos de implementación de la estrategia intercultural.

RECUERDA QUE:

El trabajo con el personal de salud será el más amplio, pues de ellos depende que se tenga una adecuada implementación de la adecuación. Se sensibilizará en diversas oportunidades brindándoles información suficiente que les permita entender claramente el proceso. Desde presentaciones prácticas hasta bibliografía especializada sobre el tema.

FASE 2. PLANIFICACIÓN

En esta fase procedemos a realizar el “**diagnóstico cultural**” de la población a intervenir.

El diagnóstico consiste en recoger y analizar la información que se obtiene de dos fuentes: la **Observación Participante** y las **Fichas de Entrevistas a Profundidad**.

La Observación Participante es una metodología de trabajo de campo que nos permitirá reconocer de manera vivencial los comportamientos culturales de la población y conocer de cerca lo que se considera más apropiado para una buena atención en los servicios de salud.

La Entrevista a Profundidad, nos permitirá conocer cuál es la percepción de la población acerca de un buen servicio de salud. Para ello abordaremos las preguntas de acuerdo a los siguientes ejes temáticos:

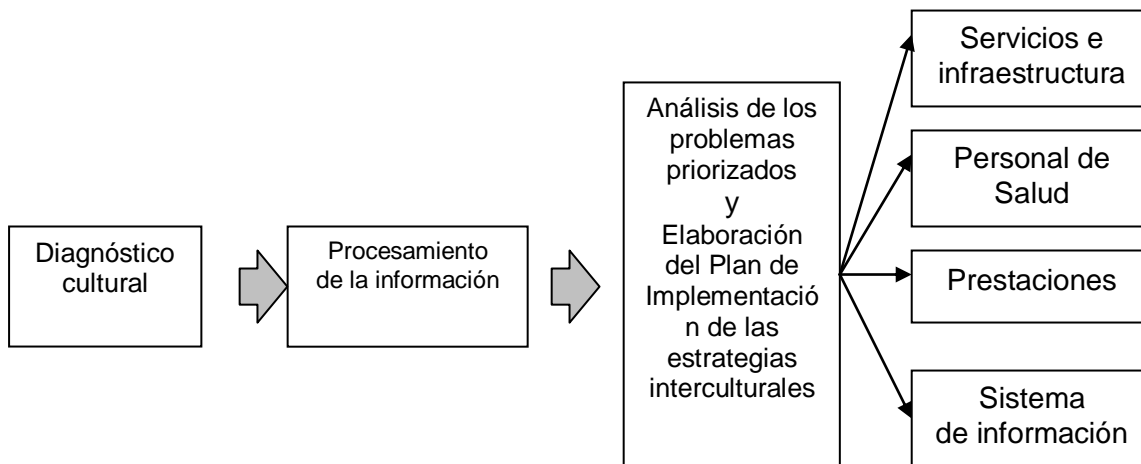
- Infraestructura y Servicios
- Conjunto de prestaciones
- Personal de Salud
- Sistemas de Información

Una vez realizado el diagnóstico y el análisis de las percepciones de la población, se elaborará el Plan de implementación de las estrategias interculturales en los servicios de salud, incorporando y dando preeminencia, en la medida de lo posible, aquello que le ha de significar al servicio un aporte significativo dirigido hacia el cambio, y que, por lo mismo, ha de ser percibido, en última instancia, como un mejoramiento de la calidad.

¿Qué objetivos buscamos con la planificación?

- Elaborar el “diagnóstico cultural” de la población
- Realizar el análisis del diagnóstico cultural y de las percepciones de la población acerca de calidad de un buen servicio de salud

Gráfico No. 4. Proceso del Diagnóstico Cultural



¿Cómo nos organizamos para esta fase?

En la fase de planificación, es importante que se definan las actividades y responsabilidades al interior del establecimiento, dado que se necesita la participación del equipo de salud, los agentes comunitarios y otros actores de la comunidad.

Las tareas en esta fase son:

- Realizar el FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) del establecimiento de salud.
- Organización para el “diagnóstico cultural”: el personal de salud elaborará un cronograma de acciones que permitan cumplir con el trabajo planteado.
- El personal de salud identificará los aliados estratégicos de la comunidad para poder involucrarse en el proceso de conocimiento de la realidad cultural de la población a intervenir, así como de cuál es su percepción de una buena calidad de atención en un servicio de salud.
- Procesamiento de la información: se procederá a una reunión del equipo del establecimiento de salud, donde se analiza la información recogida, y procede a elaborar una propuesta de cómo implementar la estrategia intercultural.
- Consolidación de la información y elaboración del plan concertado entre el personal de salud, agentes comunitarios y líderes comunales, respecto a la implementación de la estrategia intercultural.
- Presentación del plan a las autoridades, líderes de la comunidad e instancias de concertación comunal, y definición de acuerdos sobre la articulación del plan de implementación de la estrategia intercultural en los servicios de salud.

RECUERDA:

Es importante y prioritario contar con una línea base sobre el estado actual de la interculturalidad y el uso de la medicina tradicional en nuestro país. Si bien reconocemos diversas experiencias al respecto, no tenemos suficiente información válida y concreta, de modo que podamos partir de un punto inicial y avanzar hacia el desarrollo de los diversos procedimientos, debidamente estandarizados.

Paso 1: ¿Cómo realizamos el diagnóstico sociocultural?

El diagnóstico sociocultural es un proceso de levantamiento de información que nos permite conocer la realidad cultural de la población a intervenir.

Objetivo:

Disponer de información sobre la población a intervenir, sobre sus comportamientos y actitudes hacia el establecimiento de salud y sus percepciones en relación a la salud y la enfermedad.

La aplicación de las Guías de Entrevistas a Profundidad debe desarrollarse en un clima de confianza, para lo cual, el personal de salud responsable, establecerá un diálogo amable con las personas, propiciando un acercamiento antes de iniciar las preguntas. Es importante explicar a los entrevistados cuál es el objetivo de la entrevista y cómo se va a manejar esta información, enfatizando que la información obtenida, servirá como insumo para diseñar la estrategia intercultural y elaboración de un plan de intervención en los servicios, donde se tomará en cuenta de sus requerimientos culturales.

¿Cómo recogemos la información?

Como se ha señalado, el “diagnóstico cultural” consta de la aplicación de dos instrumentos, la **Observación participante y la entrevista a profundidad** en algunos casos se aplicara la técnica de Grupos Focales.

RECUERDA:

La implementación de esta estrategia parte de tener un diagnóstico socio cultural (donde se incluye, además, las características epidemiológicas y poblacionales), que permite conocer la diversidad poblacional adscrita a los establecimientos. Se ha de escoger la metodología diagnóstica más adecuada de las varias existentes. Si bien partiremos de establecimientos con reconocida actividad intercultural, deberemos conocer, asimismo, el entorno situacional de los establecimientos cercanos.

Paso 2: ¿Cómo y para qué procesamos la información del diagnóstico?

Luego de realizar el diagnóstico cultural de la población, procederemos a realizar una priorización de los requerimientos de la demanda, con lo cual estaremos listos para materializar un documento operativo que facilite la intervención.

Para el efecto elaboraremos una tabla de resumen de las demandas hechas por los beneficiarios del servicio de salud (Tabla No 1), de acuerdo a cada uno de los componentes señalados: infraestructura y servicios, personal de salud, prestaciones, sistemas de información, u otros.

De esta forma:

- Realizaremos una priorización de las demandas de atención en los servicios de salud que la población considera importante.
- Realizaremos una priorización del proceso de adecuación cultural del servicio según componentes.
- Obtendremos también información sobre otros cambios deseables y susceptibles de ser implementados en los servicios de salud.

Tabla 1. RESUMEN DE PROBLEMAS Y DEMANDAS RECURRENTE DE LA POBLACION BENEFICIARIA

Ámbitos de intervención	CAMBIOS DESEABLES EN LOS SERVICIOS DE SALUD		RECOMENDACIONES
Infraestructura y servicios	a. b. c	a. b. c	
Personal de Salud	a. b. c	a. b. c	
Prestaciones	a. b. c	a. b. c	

Sistema de información	a. b. c	a. b. c	
------------------------	---------------	---------------	--

RECUERDA:

Hemos identificado ya las necesidades y demandas de la población en torno a cómo les gustaría ser atendidos, y visualizar los cambios sustanciales a realizarse en los servicios de salud.

Paso3: ¿Cómo elaboramos el plan de implementación de la estrategia intercultural?

En este paso, llegamos a la definición del plan de implementación de la estrategia intercultural en los servicios de salud. Para su elaboración utilizaremos una matriz que será llenada con los datos obtenidos en las reuniones anteriores y con la información obtenida mediante la aplicación de las metodologías propuestas.

¿Cómo llenaremos la matriz del Plan?

Procederemos de la siguiente forma (ver Matriz 2)

Primero

¿Cuál es el problema priorizado?

Llenaremos la segunda columna correspondiente a los problemas en relación a los servicios de salud que han sido priorizados por los participantes y el personal de salud. Asimismo registraremos los cambios deseables y consensuados con respecto a los servicios.

Segundo

¿Qué actividades realizaremos?

En la tercera columna, escribiremos en forma precisa cada una de las acciones propuestas.

Por ejemplo:

- Realizar la adecuación cultural de la sala de parto
- Implementar un botiquín de plantas medicinales

Tercero

¿Qué queremos lograr?

Definiremos las condiciones o metas que queremos alcanzar, de acuerdo al problema analizado. Estas metas servirán como punto de referencia para la evaluación del plan. En los casos en que sea posible cuantificarlas se utilizarán unidades o porcentajes, que nos permitan medir, en el proceso de monitoreo y evaluación, si estamos alcanzando lo que nos hemos propuesto.

Cuarto

¿Quién será el responsable?

En el Plan se tendrá en cuenta que las acciones a realizar deben tener un responsable por cada uno de los ámbitos de intervención: infraestructura y servicios, personal de salud, prestaciones, sistema de información u otros. Sin embargo, es conveniente mencionar que el responsable debe actuar más como un facilitador, puesto que el trabajo y la responsabilidad es compartida por todos los miembros del establecimiento de salud.

Entre las personas que laboran en el establecimiento de salud, se elegirá un responsable o coordinador general, quien será el referente y dará cuenta de las actividades para el monitoreo y evaluación del Plan.

Quinto

¿Quién lo financiará?

Es necesario que se precise cómo y quién financiará la inversión de la actividad. Los involucrados directos serán: Ministerio de Salud Pública, Gobierno Local, Comunidad, otros (ONG, empresas, etc.).

Sexto

Costo Total

Se especificará el monto total que demandará la inversión de la actividad a realizar.

Sétimo

¿Cuándo se realiza?

Estableceremos un cronograma para la ejecución del plan en el curso de un año, en cada una de las actividades planteadas; registraremos con una X o un aspa el mes en que se ha previsto su realización.

CONSIDERACIONES A TENERSE EN CUENTA EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

El plan de implementación de la Adecuación Cultural de Servicios de Salud se realizará con la participación y aprobación de los grupos involucrados ya mencionados, de manera que haya una concertación que permita el cumplimiento de los objetivos propuestos. La primera etapa tendrá una duración de dos años y se espera obtener no menos de 20 establecimientos de salud que cuenten con infraestructura idónea para la atención intercultural, incluso de las áreas adscritas a dichos establecimientos, así como profesional capacitado en prestaciones adecuadas culturalmente, y buenos niveles de relación con las distintas categorías de sanadores de las medicinas tradicionales y/o alternativas.

- **En los servicios e infraestructura**

La adecuación de los servicios debe responder a las expectativas de la población, y es en este espacio donde buscaremos la mejor manera de adaptarlos

culturalmente de conformidad a las costumbres y tradiciones de los usuarios. Este cambio permitirá generar en ellos un clima de confianza y familiaridad.

Para adecuar los servicios debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

a. Cómo adaptar la infraestructura:

La infraestructura es el espacio físico en el que se producirá el encuentro entre los equipos de salud y los usuarios. Este es el primer reflejo visible que el usuario tiene del establecimiento de salud. Consideraremos entonces los siguientes aspectos:

La **Arquitectura intercultural**: consiste en buscar los elementos culturales que identifiquen a la población. Por ejemplo:

- *Elementos decorativos*, artesanías, tipo de iluminación, colores del establecimiento y demás elementos simbólicos que formen parte del contexto del área de intervención; para lograr este proceso es necesario que se haga participe a la población de las modificaciones posibles.
- *Diseños arquitectónicos*, son las formas de distribución espacial que se prevén en el establecimiento de salud al momento de hacer construcciones o remodelaciones. Como dijimos, es pertinente tomar en cuenta las opiniones de la población. Ejemplo: en algunas poblaciones es importante que sus ambientes tengan formas circulares; otras consideran importante la orientación de las ventanas y puertas hacia el este (por donde sale el sol); otras, que los ambientes maternos deban ser construidos de adobe puesto que son más cálidos y no permiten el paso del frío.
- *Casas de espera*, son construcciones donde se ha de tomar en cuenta las características habitacionales de la población con la finalidad de crear un espacio en el cual la madre y los familiares sientan mayor familiaridad. En estas construcciones debe participar activamente la comunidad con la finalidad de empoderarla y hacerla sentir que estos espacios les pertenecen.

b. Adaptación del mobiliario:

Consiste en buscar mecanismos de adecuar los elementos utilitarios que la comunidad utiliza, con la finalidad de crear un ambiente mucho más familiar principalmente en los siguientes espacios:

1.- Sala de espera

Es uno de los espacios más importantes puesto que en él permanecerán los usuarios un buen período de tiempo. Es necesario que se la adecue con elementos de la comunidad como por ejemplo: sillas de madera, bancos que ellos mismos elaboran, u otros elementos que la población considere relevante.

2.- Sala de parto

Este espacio debe tener características especiales pues la mujer, durante este proceso, necesita una mayor seguridad emocional, y los elementos simbólicos crean este clima, acercándolas al espacio familiar. Para tales efectos, se podrían incorporar hamacas, bancos de madera. En el caso del parto vertical debieran considerarse: la cuerda de sostén, el trapecio, tablas, colchoneta, camas de madera, cobijas o sobrecamas de colores, y demás elementos que la población considere importante, de acuerdo con su idiosincracia cultural.

3.- Casa de espera

La casa de espera es el espacio del cual los familiares y la mujer embarazada hacen uso durante su permanencia temporal, días antes del parto y durante los primeros días del puerperio, sobre todo las usuarias que proceden de lugares distantes. Entonces resultará necesario que los utensilios y mobiliarios lleven la marca de la costumbre local. De nuevo, para implementarlo es necesario hacer partícipe a la población, a las parteras y a los promotores de salud.

c. Insumos / recursos etnobotánicos:

Los establecimientos de salud debieran disponer de una alternativa terapéutica en relación a los tratamientos, preferentemente medicalizados, del sistema oficial. En relación a ello, se podría implementar algunos elementos culturalmente adecuados, que faciliten la alternativa terapéutica, como por ejemplo:

- Jardines botánicos de plantas medicinales

Donde se cultiven las principales plantas medicinales que la población usa, y que al mismo tiempo tengan el reconocimiento de los agentes de la medicina tradicional (yachaks, uwishines, ponelas, etc., curanderos, parteras, sobadores y otros). Tales espacios deberían estar cerca del Establecimiento de Salud.

- Herbario de plantas medicinales

Este espacio debe ser construido con la participación de los agentes comunitarios, y se instalará dentro del Establecimiento de Salud. Consiste en disponer de conjuntos significativos de plantas medicinales secas, de acuerdo las necesidades del perfil epidemiológico. De esta manera, se podría disponer de ellas ante cualquier eventualidad, cuando los usuarios lo soliciten.

Ya hemos mencionado la necesidad de adaptar nuestra infraestructura, mobiliario e insumos según la realidad cultural poblacional, considerando los aspectos propios de su cosmovisión en salud. Otro tema importante aquí es lo relacionado con la adopción de un sistema de transporte. Son conocidas las dificultades para movilizar a los enfermos en nuestras comunidades y zonas rurales, pues hay pocos medios para ello (y también de comunicación). En general tampoco los establecimientos de salud cuentan con medios idóneos de transporte.

Los comités locales y grupos comunitarios, entonces, debieran disponer de sistemas de respuesta a las emergencias en salud para la movilización de los pacientes, trabajando en conjunto con el personal de salud, los gobiernos

locales, organizaciones no gubernamentales y demás entidades, que puedan apoyar la resolución de este problema.

El trabajo colectivo mejora la empatía y comunicación entre sus actores, tan necesaria en la mejora de la calidad de vida de nuestra población.

- **En las prestaciones**

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, contempla el diseño de un Plan Integral de Salud cuyo conjunto de acciones y prestaciones de salud se lleve adelante a través de la red de proveedores, mediante la coordinación concertada de acciones de las entidades integrantes del Sistema, dentro de una estrategia de protección social basada en el derecho universal a la salud.

El denominado “Conjunto Garantizado de Prestaciones” definido contiene (ver Anexo No. 3):

A.

Un grupo de prestaciones individuales (personales) de prevención, detección, diagnóstico, recuperación (curación) y rehabilitación de la salud, lo cual incluye la provisión de servicios, medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema, para resolver problemas de salud de la población conforme el perfil epidemiológico nacional, regional y local;

B.

Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social; y

C.

Acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivas, las cuales son de orden intersectorial.

Los grupos de edad delimitados para las atenciones ambulatorias son los siguientes:

- Niños menores de 5 años
- Niños de 5 a 9 años
- Adolescentes de 10 a 19 años
- Mujeres en edad fértil (10-49 años)
- Adultos 20 a 39 años
- Adultos 40 a 64 años, y
- Adulto mayor: más de 65 años

En relación a ello se plantea tres aspectos dentro de las prestaciones a considerar en el proceso:

- Priorización de las atenciones maternas e infantiles.
- Personal de salud capacitado.
- Tipos de atenciones, insumos y equipos incorporados en los establecimientos, relacionados con la medicina tradicional.

Recordemos que nuestra oferta de servicios brinda atenciones diferenciadas de conformidad a procesos de promoción y prevención de la salud, o de curación y rehabilitación en consulta externa, emergencia u hospitalización. Parte de estas prestaciones ya han sido ampliamente relacionados con la medicina tradicional, incorporando diversos aspectos en la atención, muchos de ellos vinculados con los aspectos de la oferta que describimos en esta Guía.

Las prestaciones de promoción y prevención son las que mejor se prestan a la “adecuación cultural”, pues ellas no podrían desenvolverse de manera positiva sin contar, con los conocimientos de las percepciones, de los hábitos y costumbres de las comunidades en torno a los procesos de salud enfermedad. Igual con las prestaciones de curación y rehabilitación, sobre todo en los procedimientos que interrelacionan médico y paciente y en donde, asimismo, relaciones de respeto, de afecto, la consideración de circunstancias particulares, la comprensión de los saberes culturales por parte de quienes ofertan servicios, provee de un valor sustancial al acto terapéutico y su resolución.

De igual modo, una relación apropiada con las diversas categorías de sanadores de las medicinas tradicionales, aportaría un peso inestimable al conjunto de prestaciones, pues no sólo se trataría del conocimiento y aplicación de otras terapias, sino de las posibilidades de referencia y contrarreferencia de usuarios, su complementariedad y contribución a la cura y promoción de la salud.

También resulta menester en los servicios reconocer y contar con el personal de salud básico, que conoce el idioma nativo y mantiene una adecuada comunicación con la población local. Su aporte, de igual modo, en gran medida resultará útil a lo objetivos considerados.

En suma, las atenciones que convendría privilegiar serían las siguientes:

- a. Controles prenatales, exámenes de laboratorio, atenciones obstétricas en general, atenciones a la gestante.
- b. Atenciones a niños: inmunizaciones, infecciones respiratorias, diarreas, salud infantil, etc.

Con este punto de inicio incluiremos en nuestra estrategia las siguientes prestaciones:

- Campañas preventivo – promocionales (cuidados del embarazo, parto, de EDA, IRA, con enfoque intercultural).
- Del servicio ambulatorio o consulta externa en general: Esta atención la realizan médicos generales, obstetrices, enfermeras y técnicos. Debe incluirse participaciones compartidas con los agentes comunitarios de la medicina tradicional o alternativa.
- Servicio de atención de parto vertical (tradicional); uso de casas de espera.
- Tratamientos con plantas medicinales y uso de tecnologías propias del saber ancestral.

¿Como adaptar la prestación?

Sobre el sustrato de las formas y contenidos de la atención que posee el sistema formal de salud, deberemos ir incorporando a nuestro modelo el conjunto de atenciones basadas en las medicinas tradicionales y alternativas, que se practican en la territorialidad de pueblos indígenas o afroecuatorianos (recordar que debemos partir de experiencias reconocidas y de probada eficacia), de manera que se incluyan como parte de dichas prestaciones, sean aceptadas por la población, y se registren en los respectivos instrumentos diseñados para tales efectos.

Las experiencias de prestaciones culturalmente adaptadas, se han producido, sobre todo, a nivel de niños y gestantes, alrededor de la oferta de las medicinas tradicionales en comunidades indígenas. Si bien nuestro sistema de salud prioriza a grupos poblacionales de zonas rurales con mayor pobreza, precisamente allí es en donde mayor carencia existe de servicios y prestaciones. Por lo mismo, los procesos de adecuación cultural cobran mayor importancia en dichos territorios, y el escenario de oportunidad resulta altamente propicio para el relacionamiento con los cultores de la medicina tradicional.

Es necesario mencionar, de otro lado, que si bien el Sistema Nacional de Salud, o el PRO-AUS, no han determinado aun la incorporación al conjunto de prestaciones de aquellas provenientes de las medicinas tradicionales o alternativas, ha de ser necesario ir creando las condiciones para que aquello ocurra en el menor tiempo posible.

Se debe avanzar, por lo mismo, en la protocolización de las prestaciones de las medicinas tradicionales, así como en su costeo, todo lo cual llevará la marca, de igual modo, de lo intercultural o de su pertinencia cultural, pues se ha de comprender que tales procedimientos de ninguna manera se los podría realizar bajo el modelo o paradigma de la medicina científica u occidental.

• En el Personal de Salud

La preparación de nuestro recurso humano es fundamental para brindar una atención humanizada y de calidad. Sin embargo, carecemos de una serie de herramientas culturales y comunicacionales que nos permitan generar una empatía ideal con la población en un corto plazo.

Apuntando hacia dicha necesidad revisaremos este componente basándonos en cinco criterios básicos:

a. Adaptación de las capacitaciones y actividades promocionales en salud:

Resulta deseable y necesario que el recurso humano en salud maneje tanto la medicina occidental como la tradicional, y de esta manera se encuentre mejor preparado para responder a las necesidades de la población. Por lo mismo conviene llevar adelante diversos procesos de capacitación dirigido al personal

profesional y no profesional según regiones o áreas geográficas donde las comunidades tengan costumbres similares.

Se propone generar capacitaciones relacionadas con los aspectos culturales que identifican a cada población, reconociendo que gran parte de las mismas manejan su propio idioma, costumbres, aspectos comunicacionales y medicina tradicional.

- Medicina tradicional:

Disponer de propuestas de cursos de capacitación en relación a aspectos tradicionales como son el uso de las plantas medicinales y terapias alternativas, validados en un inicio con las evidencias en la literatura y luego con la comunidad y sus especialistas (sanadores, vegetalistas, parteras, sobadores, entre otros).

- Idioma:

Generar guías de traducción de palabras, expresiones médicas o sanitarias propias, habitualmente usadas en la consulta, que permitan al personal asistencial conocer y entender mejor el idioma de la comunidad. Recordemos que en su mayoría el personal en salud arriba a una zona que desconoce y donde encuentra dialectos que le impiden comunicarse mejor con la población, necesitando de tiempo y estudio para lograr el entendimiento necesaria que le permita socializar mejor con sus pacientes. Es necesario que el sistema disponga de personal bilingüe, sensibilizado, capacitado, comprometido con el trabajo, y dispuesto creativamente a usar la medicina indígena y occidental.

- Costumbres:

Desarrollo de estudios socioantropológicos, étnicos y culturales, de búsqueda activa de información relacionada, que involucren al personal en salud y que permitan brindar los conocimientos necesarios sobre las raíces étnicas y costumbres de cada comunidad.

Es necesario brindar al personal de salud la posibilidad de acceso a información de este tipo, disponible a nivel regional a través de bibliotecas, por ejemplo, o su acceso virtual.

Aquí debemos considerar la heterogeneidad de las personas, sus creencias, cultura, cosmovisión. Cada comunidad tiene sus propias características, las cuales deben ser respetadas por el personal de salud. Se entiende que para ello habría que conocerlas y entenderlas primero.

- Aspectos comunicacionales:

Desarrollo de estrategias de comunicación (spots radiales, afiches, trípticos, programas, campañas, edición de cartillas, etc.), que involucren tanto al personal de salud, de educación, como a la comunidad, teniendo como fin la mejora de la calidad de vida. Tener presente que nuestro sistema de comunicación debe incluir tanto el dialecto o idioma de la zona, como el castellano.

El otro tema a considerar es el desarrollo de las actividades de promoción de la salud, muchas veces centralizadas o de poca validez a nivel rural. Es necesario la revisión y adaptación de la información obtenida con el fin de que su aplicación permita un mayor acercamiento hacia la comunidad.

La generación y mantenimiento de actividades de tipo preventivo, promocionales (campañas de salud, visitas domiciliarias, talleres participativos con la comunidad), que relacionen al personal de salud y la comunidad de una manera más eficiente, pasa por reconocer los aspectos clave de esta relación y utilizar herramientas de lenguaje y comunicación entendidas y compartidas por ambas partes.

b. Inserción en los programas académicos de los conceptos de interculturalidad en salud.

Es necesario que el personal profesional y no profesional (nivel técnico), tenga oportunidad de acceder a cursos de especialización, o cursos de pregrado o postgrado relacionados con el tema cultural y la medicina tradicional y alternativa. Si bien existen algunas experiencias en programas universitarios o de otras instituciones educativas, éstas deberían ampliarse y tener mayor difusión.

Las currículas de estudios en salud deberían involucrar cursos relacionados con la medicina tradicional, la construcción de modelos interculturales o la adecuación cultural. Esto permitirá a los nuevos profesionales involucrarse con parte de la cultura ancestral, promover el rescate de saberes y costumbres necesarios para la mejora en salud de la comunidad.

Introducir este tipo de cursos y a su vez incentivar la conformación de equipos multidisciplinarios a nivel de los establecimientos de salud, que generen información válida y posible de replicar y sistematizar, requiere del compromiso de diversos sectores y decisores políticos para sus respectivos diseño, aplicación y mantenimiento a lo largo del tiempo.

Además, convendría proponer una política de incentivos al recurso humano relacionada con la oferta de mayor educación y especialización en temas como los señalados, lo cual permitiría mejorar tanto aspectos prácticos como teóricos del ejercicio profesional.

Si bien resulta difícil mantener un recurso humano capacitado a nivel rural y con un ingreso económico que no cubre sus expectativas, se podría gestionar mejoras de su capacidad académica, al tiempo que aportar con otros incentivos, de manera que perciba, en cierta medida, una retribución mayor por su trabajo realizado.

La capacitación y sensibilización en la interculturalidad debiera comprender todo nivel educativo y actor involucrado (educación primaria, media, cursos de pregrado y posgrado; equipos de salud, promotores, etc.). Por lo mismo, no sólo se ha de considerar la capacitación de nuestro personal, que labora en comunidades de zonas rurales o urbano marginales, sino de los líderes comunitarios, de los

sanadores y otros, puesto que es necesario que todo el sector se involucre en el tema y pueda aportar colectivamente a los propósitos expuestos.

c. Disponibilidad de personal de salud competente en temas interculturales.

Es conocido las dificultades de contar con un recurso humano suficientemente capacitado en el primer nivel de atención, sobre todo en zonas de difícil acceso geográfico. La resolución de este problema significa la acertada aplicación de una política de recursos humanos, que debe ir de la mano con la adecuación cultural.

También advertimos las dificultades de contar con recurso humano profesional a este nivel, pues existen varios establecimientos de salud donde solamente contamos con personal técnico, quienes mayormente, en contraste con el personal profesional, conforman o se relacionan mejor con la comunidad pues forman parte de ella, en algunos casos.

El sistema no siempre reconoce al personal técnico o a los promotores sanitarios, no se diga a los líderes locales y agentes comunitarios de salud, por lo que los deja de lado del sistema. De aquí la importancia de que ellos también se integren al modelo de salud y puedan participar, de igual manera, de los procesos de capacitación.

Otro asunto a considerar se relaciona con la validación comunitaria para el reconocimiento o certificación de los promotores y de los sanadores de las medicinas tradicionales. Hacerlo significaría dar un paso adelante en el proceso de estandarización cultural de las prestaciones ancestrales (de sanación, curación y purificación), que han sido reconocidos y validados según experiencias descritas en la literatura.

Una vez estandarizados una serie de procedimientos teóricos y prácticos del ejercicio médico tradicional (por pueblos y nacionalidades, de conformidad a los derechos colectivos), éstos podrían incluirse dentro de las capacitaciones a proponer para el personal de salud.

d. Establecimiento de protocolos y guías de atención con adaptación cultural.

Es importante, en el ámbito de la adecuación cultural, establecer protocolos complementarios de atención, que consideren la calidez, el idioma, y la identidad cultural (humanización de los servicios). Recordemos que los protocolos existentes se basan en la medicina occidental y no se adaptan en muchos casos a algunas realidades propias de las comunidades o poblaciones culturalmente diversas presentes en el territorio nacional.

Debemos disponer de protocolos con información entendible por nuestro personal, que les facilite su puesta en práctica y que no quede como un conocimiento archivado por incomprensible y oscuro, lo que usualmente sucede con las guías y protocolos validados sólo a nivel urbano, que no incluyen

comúnmente los aspectos culturales provenientes de la zona urbano marginal o rural.

Es prioritario que este tipo de documentos, una vez contruidos, tengan su validación a nivel de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, relacionados con las zonas de mayor pobreza y exclusión social. Se propone además la realización de reuniones de discusión e intercambio entre personal de salud y comunidad, donde se evidencie los elementos positivos de la adecuación intercultural lograda, y así pasen formalmente a ser documentadas en nuestras Guías.

Así por ejemplo, parte de las experiencias de las parteras y su trabajo en conjunto con el personal de salud, podría ser considerado, pues son ellas quienes manejan diversos insumos comunes para la atención del parto en zonas rurales (concepciones, procedimientos y recursos), los que complementarían lo conocido en la medicina occidental.

- **En el sistema de información**

No hay una difusión adecuada de la información proveniente de los procesos de salud intercultural y medicina tradicional o alternativa en nuestro país. Consideramos necesario la sistematización de esta información, de manera que sea asequible al personal de salud y que a su vez se integren las atenciones con medicina tradicional y/o alternativa a los diversos registros propios de nuestro sistema de salud.

Para adaptar nuestros sistemas de información debemos considerar los siguientes criterios:

- a. Información válida y confiable.**

Es necesario disponer de información objetiva relacionada con la experiencia intercultural y de las atenciones realizadas por las medicinas tradicionales y alternativas, de manera que esto facilite el reconocimiento de la provisión plural de los servicios.

Por otro lado, se vuelve necesario brindar información de las diversas experiencias válidas presentes en la literatura, relacionada con las medicinas tradicionales y con los aspectos socioculturales de las poblaciones de las zonas de reconocida diversidad cultural. Esta información debería ser revisada y, a partir de aquí, generar procesos de sistematización y adaptación que permitan réplicas posibles mediante la construcción de manuales de usos (documentos técnicos) al alcance del personal de salud del primer nivel.

Deberían, asimismo, recuperarse de primera fuente los conocimientos propios de los pueblos (a través de estudios cualitativos, socioantropológicos) para evitar la pérdida de la sabiduría ancestral. Existen buenos ejemplos de experiencias de esta naturaleza en nuestro país, las cuales convendría considerarlas y aplicarlas según nuestra realidad, recolectando la información

necesaria con metodologías idóneas, que permitan, a la postre, la validación del esfuerzo realizado.

Otro elemento fundamental reside en el hecho de que no existe notificación desagregada por pueblos indígenas, afroecuatorianos u otros, posibles de obtener del sistema común y general de información. Por ello, ha de ser necesario incluir la variable nacionalidad o pueblo (según los derechos colectivos, constante en la normativa jurídica actual) en los registros existentes, con la finalidad de conocer su real situación de salud.

b. Monitoreo de la información.

Se debe contar con un sistema de monitoreo y vigilancia de las atenciones interculturales realizadas, estratificándolas y jerarquizándolas por tipo de procedimiento, tipo de medicina utilizada, nivel de complejidad, etc. El monitoreo debe incluir además a los grupos de pacientes atendidos (menores de 5 años, gestantes, etc.) y a los grupos de profesionales o personal que realiza dicho servicio.

De este monitoreo debe responsabilizarse el nivel central (nacional y provincial), generando un sistema que permita tener indicadores de proceso y resultado relacionados con la adecuación cultural, para así disponer de un adecuado seguimiento y observar la marcha del proceso en el curso del tiempo.

No hay que olvidar, además, que se puede monitorizar los insumos utilizados (por ejemplo: plantas medicinales, sus dosificaciones y formas de presentación). Debemos comprender que nuestro sistema de salud debe incorporar las diversas atenciones realizadas en base a la medicina tradicional o alternativa, y no solamente los aspectos hasta ahora enunciados (infraestructura, equipamiento, recurso humano, comunicación, prestaciones), de tal forma que podamos contar con registros integrales del proceso en cuestión.

c. Compilación y sistematización de la información.

Se han desarrollado diversas experiencias a nivel nacional en el campo de la adecuación cultural de la atención a la salud, las que deben ser descritas y conocidas para su uso en otras áreas (sociales, antropológicas, etc), y zonas del país. Esto pasa por la estandarización de dichos procedimientos, lo cual permitirá su mejor relación y comprensión, su sistematización y análisis, su retroalimentación y colaboración dialogada.

Aquí hemos observado el poco acceso de los usuarios a información relevante sobre interculturalidad o medicinas tradicionales, lo que ha generado un peligro de pérdida de los conocimientos y sabiduría ancestral. No se tiene una propuesta clara de sistematización y análisis de las experiencias interculturales en salud, lo que amerita compilar y poner al alcance del personal de salud

bases de datos con procedimientos y recursos de las medicinas tradicionales locales.

Como se dijo, sería importante incluir en los sistemas de información de salud actuales, variables culturales (etnias, patologías, georeferenciación comunitaria) para orientar la toma de decisiones y la vigilancia común.

MATRIZ 2. PLAN DE IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA INTERCULTURAL

Ambitos de intervencion	¿CUÁL ES EL PROBLEMA PRIORIZADO EN EL SS.?	¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAREMOS	¿QUÉ QUEREMOS LOGRAR? (Metas)	¿QUIÉN ES RESPONSABLE?	¿QUIÉNES LO FINANCIARAN?				COSTO TOTAL	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN																
					MSP	Gob. local	Co m.	Otros		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
Infraestructura y servicios																										
Recursos Humanos																										
Prestaciones																										
Sistema de información																										
Otros																										

FASE 3. EJECUCIÓN

3.1. ¿Quiénes participan en la ejecución?

La ejecución estará a cargo de equipos técnicos de los niveles:

- Central
- Provincial y
- Local

Conformados por el personal técnico y operativo de:

- La Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (Planta Central y Direcciones Provinciales de Salud).
- Los Procesos o Subprocesos relacionados (según la actual estructura sistémica del Ministerio de Salud).
- Los profesionales del PRO-AUS y consultores externos involucrados en la propuesta.

De igual modo, podrán conformar los equipos técnicos, personal capacitado y comprometido de:

- Organizaciones no Gubernamentales con experticia en proyectos de interculturalidad.
- Organizaciones locales de diverso grado de las nacionalidades y pueblos (indígenas, afroecuatorianos, otros).
- Gobierno Locales
- Otros

Los equipos no sólo estarán involucrados en la implementación de la propuesta, sino que participarán de manera sistemática en el seguimiento y monitoreo de las actividades.

Se comprende que, de igual modo, se procederá en el caso de otras instituciones prestadoras de servicios como el Seguro Social Campesino.

3.2. ¿Cómo realizaremos las actividades propuestas en el Plan?

El plan propuesto para la realización del proceso de adecuación cultural de los servicios de salud, se realizará mediante la concertación colectiva de la agenda propuesta, sobre la base de las actividades que se ejecutan en el primer nivel de atención, observando la disponibilidad del personal de salud para las capacitaciones grupales, los períodos de tiempo requeridos, así como lo propio en lo relacionado con los actores comunitarios y organizacionales locales.

FASE 4. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN

4.1 ¿Cómo se monitorea y evalúa la implementación de la estrategia intercultural en los servicios de salud?

Los responsables de los servicios trabajarán una matriz de indicadores para la realización de un monitoreo trimestral de las actividades. A su vez, los representantes de los equipos técnicos conformados, visitarán los establecimientos seleccionados periódicamente para realizar monitoreo de actividades *in situ*. Se plantea evaluaciones anuales del trabajo realizado. Todos los establecimientos podrán contar con el seguimiento de los indicadores y observar así en cuáles se debe mejorar o incidir.

Recordemos que el Plan desarrolla objetivos, metas e indicadores, están contemplados dentro de un modelo lógico que cuenta como insumos a los recursos humanos y económicos que se invertirán en esta Estrategia, las capacitaciones, y el desarrollo de la infraestructura y equipamiento respectivos, esperando obtener resultados de corto, mediano y largo plazo, los cuales podrán ser medidos según los tiempos previstos.

4.2. ¿Cómo se evalúa los progresos de la implementación de la estrategia intercultural en los servicios de salud?

Se espera encontrar indicadores positivos a partir del primer año de inicio de su implementación. Debido al monitoreo y seguimiento del trabajo realizado de manera trimestral, se espera identificar y corregir las posibles necesidades o defectos de la implementación, según el problema observado (recordemos que nos centramos en: infraestructura, prestaciones, personal de salud y sistema de información).

4.3. Desarrollo del sistema de difusión de la información

Parte del plan propuesto define la generación de una estrategia comunicacional que permita la mejor difusión de la información relacionada con la adecuación cultural de los servicios de salud, a nivel de nuestros dos públicos objetivos: el personal de salud y los actores de la comunidad.

Se difundirá las actividades y logros obtenidos en torno a la adecuación cultural y medicinas tradicionales y/o alternativas, según se procese la información relacionada al monitoreo de indicadores. Además se fomentará el intercambio de información a través de seminarios y talleres que permitan consolidar la estrategia intercultural a nivel del personal de salud.

Los medios de comunicación social y las editoras de textos son otros mecanismos por medio de los cuales podremos difundir las experiencias desarrolladas.

ANEXO N°1

SUSTENTO JURÍDICO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD INTERCULTURAL

Tanto la Constitución Política del Estado ecuatoriano (1998), la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, así como las suscripciones del país a los Convenios y Acuerdos internacionales –Iniciativa SAPIA OPS, 1993); los Decenios de las Poblaciones Indígenas del Mundo: 1994-2004 / 2004-2014; el Convenio 169 de la OIT, 1989–, el Informe de la Secretaria (A56/18, 31 de marzo del 2003) de la 56 Asamblea de la OMS, o los Acuerdos de la Comisión Andina de Salud Intercultural, que serían insumo para la Resolución REMSAA XXVII/417 de los Ministros de Salud del Área Andina (suscrito el 31 de marzo, 2006), incluyen formulaciones y llamados a los países miembros hacia el respeto y desarrollo de las medicinas tradicionales y sus recursos diagnósticos y terapéuticos, especialmente el de los recursos fitofarmacológicos, hacia la constitución de modelos interculturales de salud y la adecuación cultural de los servicios y prestaciones, hacia la generación de instituciones propiamente indígenas para el desarrollo de políticas, planes y programas de intervención en salud para poblaciones nativas, hacia la participación social en la gestión y atención de los servicios, entre otros.

Sin embargo, no existe una política explícita que, integrando todos y cada uno de los aspectos señalados en las Resoluciones, Acuerdos y Convenios, pudiera significar una política de Estado, propiamente intercultural para el Ministerio, Direcciones Provinciales y Áreas de Salud, pero también para la intersectorialidad y la cooperación, las academias e instituciones formadoras de recursos, organizaciones no gubernamentales y de las nacionalidades y pueblos indígenas en el Ecuador, así como las de los sanadores de las medicinas ancestrales y tradicionales.

De cualquier modo, lo hasta hoy obtenido es un insumo importante para dicho fin. A continuación, se cita el cuerpo jurídico suficiente y necesario para emprender la formulación de una política intercultural, que promueva un interrelacionamiento productivo de las culturas sanitarias diversas existentes, y que en el marco del respeto de sus diferentes cosmovisiones, paradigmas, principios y valores, halle la oportunidad y estímulo a la disminución constante, hasta su definitiva cesación, de todos aquellos hábitos, costumbres y conductas de discriminación, racismo y maltrato, que históricamente se ha vivido en la atención de los servicios de salud, provocando índices decrecientes de cobertura en las zonas rurales, pero también que promueva el conocimiento de los aportes al desarrollo, la cultura y la salud, que históricamente los sanadores de las medicinas tradicionales y ancestrales han ofrecido al país.

Políticas internacionales:

- ***Convenio 169 de la OIT (1989), Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes***, aprobado y suscrito por nuestro país (Registro Oficial no. 304, abril de 1989) declara en su Parte Quinta.- Seguridad Social y Salud; Art. 25:

1. Los Gobiernos han de poner a disposición de los Pueblos interesados, servicios de salud adecuados, o proporcionar a dichos Pueblos los medios que le permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
 3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud (...).
- **Septiembre de 1993:** Gobiernos miembros de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) expiden: **“Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas”**. Resolución V: **reconocer, valorar y rescatar** la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de los pueblos autóctonos; promover actividades encaminadas al mejoramiento de su calidad de vida y salud.
 - **OPS - 1995:** en vigencia plan: dar un trato justo y particularizado a pueblos y nacionalidades indígenas, a la vez que:
 - El establecimiento de un equipo profesional de alto nivel en el que participen también representantes de los pueblos indígenas para la formulación de políticas y estrategias en salud dirigidas hacia las poblaciones indígenas;
 - El fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de los pueblos indígenas;
 - El desarrollo de la promoción de las culturas sanitarias y de sus modelos rituales, que forman parte del eje conceptual y metodológico de los Sistemas Locales de Salud, en base al ejercicio de los derechos colectivos indígenas;
 - La construcción del denominado Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Intercultural, que considera el ejercicio de la Medicina Tradicional y la investigación sobre su inocuidad y calidad en el entorno biodiverso.
 - **12 de mayo, 1994:** 47ª. Asamblea Mundial de la Salud: **Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. Objetivos:**
 - Fortalecer la cooperación internacional para solución de los problemas de salud de pueblos indígenas.
 - Adoptar disposiciones específicas para grupos de población más vulnerables.
 - Reconocer la experiencia y conocimientos de las medicinas tradicionales indígenas.
 - Atención médica y sanitaria culturalmente adaptada en sus métodos, técnicas y alcance social.
 - Establecer en los países: puntos focales de enlace con el Centro de Derechos Humanos, los gobiernos y las poblaciones indígenas para desarrollar y mejorar programas de beneficio.
 - Establecer grupos consultivos de representantes indígenas con conocimiento sobre necesidades de recursos sanitarios en las comunidades.

E insta a los gobiernos:

- A que incrementen su cooperación entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras Agencias, incluido el Centro de Derechos Humanos para atender las necesidades sanitarias de los pueblos indígenas.
 - A que presten su apoyo para acelerar la ejecución de programas en pueblos indígenas.
 - A que ayuden a gobiernos y pueblos indígenas en el abordaje de sus necesidades sanitarias desde un enfoque intercultural.
 - A que examinen la contribución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para fomentar los conocimientos y tradiciones de la medicina indígena, en especial de sus recursos etnobotánicos.
 - A que velen porque sus proyectos se ejecuten en poblaciones indígenas.
- **2004: II Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo.**
- **2003: 56 Asamblea de la OMS, Informe de la Secretaria (A56/18, 31 de marzo del 2003):** Informe que pasa revista al uso creciente de la medicina tradicional (medicinas tradicionales y alternativas) por los países, y recomienda una estrategia para su desarrollo y valoración. Sus objetivos y respectiva aplicación consideran:
- Integrar los aspectos pertinentes de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de atención de salud, formulando políticas nacionales y programas de aplicación: *La política debe incluir la definición del papel del gobierno en desarrollo de la medicina tradicional dentro del sistema de atención de salud e indicar una misión con metas y objetivos;*
 - Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la práctica de la medicina tradicional facilitando orientación sobre los patrones de reglamentación y la garantía de calidad: Establecer comité nacional de expertos; formular reglamentación nacional; dispensar autorizaciones para el ejercicio de la medicina tradicional y facilitar apoyo a la investigación.
 - Incrementar su acceso y asequibilidad: puesto que se ha demostrado que sus tratamientos son costos eficientes en enfermedades comunes y son asequibles para la mayor parte de las comunidades. Condición para su acceso: Protección de los conocimientos y la utilización sostenible de las reservas de plantas medicinales; compilar un inventario nacional de recursos etnobotánicos; tramitación de solicitudes de patentes.
 - Promover su uso racional: Por los practicantes de la medicina tradicional y los médicos; fortalecer su comunicación; crear programas de formación adecuados; preparar programas de educación y formación a consumidores sobre la utilización correcta de sus recursos.
- **2006: Resolución REMSAA XXVII/417, 31 de marzo, 2006):** Los Ministros de Salud del Área Andina, reunidos en Bogotá a últimos de marzo del 2006, acogieron los Acuerdos formulados por la Comisión Andina de Salud Intercultural, establecida en Lima en noviembre del 2005. La Resolución suscrita por los Ministros de salud del Área Andina contempla:
- Expresar su beneplácito por el trabajo de la Comisión Andina de Salud Intercultural y ratificarla.
 - Desarrollar políticas institucionales que garanticen la incorporación del enfoque intercultural en todas las acciones vinculadas a la salud.
 - Avanzar en la construcción de modelos de atención con enfoque intercultural, y de sistemas de información y seguimiento sobre salud intercultural y situación de salud de pueblos indígenas.

- Desarrollar mecanismos de participación de los pueblos indígenas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud.
- Solicitar al Secretaría del ORAS-CONHU coordinar el Plan Andino de Trabajo en Salud Intercultural y articularlo con las Políticas Públicas de Salud, al tiempo que fortalecer el desarrollo de RRHH con competencia en salud intercultural.

Política nacional:

- **1994: Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia:** Prácticamente un Programa de subsidiariedad a la madre y el niño, es decir a la demanda, articulando para el efecto a diferentes proveedores de servicios.
- Art. 2-A (Art. Agregado por Ley No. 129; agosto 1998). (...) Podrán participar, previa acreditación por el Ministerio de Salud, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de la medicina tradicional.
- Art. 5 c) Confórmese el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, que estará constituido por el Alcalde o su representante legal, el o lo Jefes de Áreas de Salud en representación del Director Provincial de Salud, un representante de la comunidad organizada, una representante de las organizaciones de mujeres, y, en el área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas.

- 1998: Carta Política del Estado:

Art. 1: El Ecuador es un Estado (...) pluricultural y multiétnico.

Art. 44: El Estado (...) reconocerá, respetará el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley e impulsará el avance científico y tecnológico en el área de salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 84: 3.3 Mantener, desarrollar y fortalecer su identidad y tradición en lo espiritual, cultural, lingüístico, social y político. -Y los numerales:-

9. A la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme a la ley.
12. A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella.
13. Formular prioridades en planes y proyectos para el desarrollo y mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales; y a un adecuado financiamiento del Estado.
14. Participar, mediante representantes, en los Organismos oficiales que determine la Ley.

- 2002: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud:

- Capítulo I:

- Art. 2, Finalidad y Constitución del Sistema: El sistema Nacional de Salud (...) estará constituido por las entidades (...) comunitarias (...).

- Art. 3: Objetivos. 5: Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.
 - Art. 4: Principios. 5: Pluralidad Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciando su interrelación con una visión pluricultural.
- *Capítulo II: Del Plan Integral de Salud*
 - Art. 5: Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el Plan Integral de Salud (...) y mantendrá un enfoque pluricultural.
 - Art. 6. Modelo de Atención: El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud (...). Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.
- *Capítulo III: Integración del Sistema*
 - Art. 7. Integrantes del Sistema Nacional de Salud: 12. Servicios Comunitarios de Salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
- *Capítulo IV: Funcionamiento del Sistema*
 - Art. 13. Función de financiamiento: (...) El financiamiento del Plan Integral de Salud (...) será destinado a garantizar las acciones de salud de la población con mayor riesgo y vulnerabilidad epidemiológica y bio-social.
- *Capítulo VI: De los Recursos Humanos*
 - Art. 26. El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del consejo Nacional de Salud, propondrá a las entidades formadoras la política y el plan nacional para el desarrollo integral de los recursos humanos en salud (...) con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población y mercado de trabajo.
 - Art. 29: El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud y la participación del FUNDACYT, impulsará una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y el desarrollo y transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad del país manteniendo el enfoque pluricultural, que incluya la promoción y desarrollo de la medicina tradicional y alternativa.
- **2004. El Modelo de Atención Integral**, estatuido mediante Acuerdo Ministerial 0553 del 13 de mayo del 2004, explicita:
 - 3.2 *Objetivo General*: el Modelo de Atención Integral será ofertado por “otros proveedores de servicios de salud” (se comprende el referido a las medicinas tradicionales y alternativas).
 - 3.3 *Bases Conceptuales*: El Modelo de Atención Integral, se desarrollará con bases en la Atención Primaria y Promoción de la Salud con enfoque familiar (...). Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas. Considera la estrategia del enfoque intercultural que ha de garantizar la vigencia y práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, superando prejuicios e incorporando modelos que expresen la complementariedad, la reciprocidad y la diversidad de las culturas en salud.

- 5. *Conjunto de Prestaciones Básicas:* (...) será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.

- 7. *Estrategias para el Desarrollo del Modelo de Atención Integral:*

(...) Garantizar la adopción intercultural de aspectos conocidos de la atención: Investigación y validación de prácticas alternativas de salud; aplicación y normatización de las prácticas validadas.

- Fortalecimiento y coordinación con la red comunitaria (se comprende la red socio organizativa –cabildos; organizaciones de primero y segundo grado–, así como las redes de sanadores de las medicinas tradicionales).
- Coordinar las medicinas tradicionales y complementarias, reconociendo y respetando las diferentes prácticas que las etnias ecuatorianas utilizan para atender sus necesidades prioritarias de salud.
- Realizar visitas integrales comunitarias bimensuales con promotores, voluntarios de salud o líderes cívicos.
- Iniciar un proceso de capacitación dirigido a todo el personal de las instituciones y organizaciones de salud, mediante el cual los funcionarios conozcan y comprendan los principios, características y contenidos del modelo de atención.

- **2004. El II Congreso por La Salud y La Vida** (septiembre, 2004) generó varios mandatos con el fin de establecer las reformas estructurales que el Ecuador precisa:

1. Desarrollar un modelo de atención de salud de aplicación obligatoria por todas las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud con las siguientes características: integral eco-bio-psico-socio-cultural y espiritual, integrado, continuo, participativo, intersectorial, eficiente, eficaz, cálido, no discriminatorio, intercultural, coordinado, descentralizado, sustentable (política y económicamente), con enfoque de género, intergeneracional, interétnico, solidario y dinámico.
2. Recrear los mecanismos necesarios y suficientes para atender a la diversidad de la población ecuatoriana con la medicina tradicional, ancestral, alternativa y complementaria.

Esta estrategia incluye las siguientes líneas de acción:

- Construcción de modelos interculturales de salud articulando los sistemas de salud formal, tradicional y alternativa, en los servicios de salud.
- Profundización de procesos de descentralización y participación social a través del desarrollo del modelo intercultural de salud en el contexto de la territorialidad, relacionando la distribución geográfica parroquial y los consejos cantonales de salud.
- Incorporación de los fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos y técnicos (para la construcción) de los modelos interculturales y pluriétnicos, en el pensar académico de las universidades e instituciones formadores de talentos humanos en salud.
- Promoción de la investigación científica de lo tradicional, de lo multiétnico, multicultural e intercultural, a través del equipo de salud integral en la salud urbana y rural.

Y en cuanto a las políticas financieras propone:

- “Estructurar, financiar e implementar, progresivamente, un sistema de acceso universal en salud, que garantice la protección integral (familiar, comunitaria y medioambiental) basado en la solidaridad, equidad y eficiencia, atendiendo con prioridad a grupos vulnerables en todo el ciclo vital mediante el enfoque intercultural y de género, con participación de lo público y privado”.
- **2005. El Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna del Ministerio de Salud**, reconocen la necesidad de contar con el enfoque intercultural en los servicios de atención maternal. Recoge, asimismo, un conjunto de preceptos legales correlativos, en donde se establece “*el derecho a realizar un plan de procreación con asistencia técnica o de una partera reconocida en un hospital o en un ambiente alternativo*”.
- 5. *Fundamentos Estratégicos*. 5.6 Reforma del Sector Salud para el Acceso Universal a Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Humanización de los Servicios de Salud: (...) “entendida como poner en práctica la cultura (...), las adaptaciones culturales, técnicas, de procedimientos (...), el reconocimiento de los saberes y prácticas de las nacionalidades y pueblos...”.
- 5.9.7 (...) – Desarrollar la articulación de los servicios de salud con la medicina tradicional y la adaptación cultural de los mismos.
 - Integrar a la red de servicios a la medicina alternativa y tradicional con todos sus conocimientos ancestrales, dotándoles de facilidades y recursos.
 - Y un conjunto significativo de Artículos que disponen mecanismos para la capacitación y participación social en la gestión y planeación de los servicios de salud materna, es decir, para la conformación de veedurías sociales eficaces y oportunas.

Los Ejes de Acción 4 y 5 del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, contemplan el fortalecimiento de la movilización social y cultural para el cuidado del riesgo obstétrico, y el conocimiento y ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva, pero también la dinamización de las instituciones comunitarias con el fin de construir o fortalecer las redes sociales solidarias presentes en los pueblos indígenas para tales fines.

- *Estado de situación en la formulación de políticas de salud desde la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE)*

La CONAIE dispone de un documento de política intercultural en salud y derechos sexuales de la CONAIE (1.998), cuyo eje central de políticas de salud lo constituye el desarrollo de sistemas interculturales de salud, el desarrollo de los derechos a la salud sexual y el acceso a los servicios de la medicina formal. De igual modo, establecer un diálogo entre las “múltiples medicinas” existentes en el país y repensar el modelo, en función de una relación “de equidad entre las diversas formas profesionales de ejercer la medicina”.

Para ello cabría conocer las estructuras de pensamiento indígena y el complejo de salud enfermedad para este sistema, así como establecer una red de transferencia entre los conocedores de las diversas medicinas. En cuanto al desarrollo de los sistemas interculturales de salud, se parte por establecer los principios generales de la política de salud: Respeto a la diferencia; Tolerancia recíproca; Solidaridad fundamentada en la sensibilidad; y Participación con representación, consenso, consulta y convergencia de objetivos comunes.

El modelo de salud intercultural propuesto en el documento debería contener los siguientes elementos:

1. Creación de sistemas mixtos y/o tradicionales puestos al servicio de todas las personas.
2. El sistema de salud debe ser preferencial, es decir que las personas tengan la libertad de elegir entre un servicio tradicional y uno formal.
3. El servicio ofertado debe ser diferencial, es decir, debe responder a la diversidad cultural, a las necesidades y cosmovisiones particulares de los pueblos.
4. El modelo debe ser universal.
5. Se debe sostener sobre una red de referencia que alude a la remisión de las personas entre los trabajadores de salud de los dos sistemas.
6. La planificación, programación y administración deben desarrollarse con la intervención de la comunidad y sus profesionales de la salud, no solo como usuarios, sino como entes capaces de tomar decisiones, manejar y responsabilizarse de sus propios sistemas de salud.

Y de manera paralela, el desarrollo de los sistemas de salud indígena mediante un sistema de planificación comunitaria, que parta de la conformación de un grupo pluridisciplinario de expertos de las nacionalidades, grupo que debe ser capacitado en planificación y gestión de proyectos para que se responsabilice de las siguientes áreas:

- Seleccionar las necesidades de la población, determinar los problemas prioritarios y las acciones por privilegiar.
- Coordinación con los servicios ofertados por el sistema de salud formal.
- Prever la asignación permanente de recursos financieros.
- Elaborar los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos durante el desarrollo de los sistemas de salud tradicional o mixto.

En cuanto a la organización de los sistemas de salud indígenas y/o mixtos se propone lo siguiente:

- Un plan de organización de servicios tradicionales de salud.
- Las Nacionalidades definirán de forma concertada las necesidades de su población, los recursos a su disposición, la potencialización de los conocimientos tradicionales y el aprovechamiento de los servicios de salud formal.
- La gestión de los proyectos y programas de salud es responsabilidad local. Esto significa el compromiso de respetar el plan de salud indígena intercultural, la imputabilidad de los presupuestos que le han sido confiados, el mantenimiento del equilibrio presupuestario, así como la obligación de dar cuenta de su gestión.

Para lograr el desarrollo y consolidación de estos sistemas, se proponen como áreas que requieren fortalecimiento las siguientes:

1. Paradigma de la salud intercultural.
2. Recuperación de las categorías de los técnicos o agentes tradicionales.
3. Redes comunitarias de fitofarmacias.
4. Microempresas para la producción de medicamentos.
5. El desarrollo de la tecnología tradicional.
6. Innovación de la dieta diaria con productos de la zona.
7. Implementación de programas para la conservación, uso y manejo de las plantas medicinales en cada nacionalidad.
8. Creación de bancos genéticos.
9. Inclusión en cada uno de estos programas de componentes de educación, difusión y consolidación de las microempresas.

El Plan Estratégico de Salud de la CONAIE, busca dar respuesta a los siguientes problemas:

- Coexistencia del sistema de salud indígena y del sistema formal de una manera aislada, fragmentada e incluso contrapuesta.
- Ausencia de políticas de salud para los pueblos indígenas.
- Ausencia de estrategias a nivel nacional para atender a los pueblos indígenas.
- Multiplicidad de propuestas e iniciativas de trabajo en salud en las organizaciones de base no suficientemente registradas y sistematizadas.
- Carencia de un modelo culturalmente adaptado de atención en salud a los pueblos indígenas.
- Inexistencia de una instancia interna de discusión, análisis y orientación sobre las políticas, estrategias y acciones de salud en la CONAIE.
- Inexistencia de una instancia a nivel nacional de relacionamiento con el sistema formal de salud y de ejecución de planes y programas de atención al sector indígena en salud.

El Objetivo General del Plan es mejorar y garantizar la salud de los Pueblos y Nacionalidades Indígenas a través de:

- La definición de una política de salud de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas.
- La implementación y fortalecimiento del Sistema de Salud Intercultural.
- El fortalecimiento de la institucionalidad de la CONAIE en salud.
- El fortalecimiento del Sistema de Salud Indígena.

A. LA INTERCULTURALIDAD EN LA ESTRUCTURA POR PROCESOS SISTÉMICOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR:

La Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas –DNSPI– (Subproceso de Medicina Intercultural), una instancia del Ministerio de Salud, creada gracias a las movilizaciones de los pueblos indígenas en torno a la defensa de sus derechos colectivos¹ interviene en procesos de desarrollo institucional, de legalización y legitimación de las medicinas ancestrales de las nacionalidades y pueblos, así como en la constitución de horizontes de respeto y diálogo intercultural entre las redes plurales de oferta de servicios y prestaciones, de todas y cada una de las culturas sanitarias existentes en el país, mediante estrategias de desarrollo del talento humano, de comunicación alternativa, de proyectos, investigación y sistemas de información.

Ha construido su Mapa Estratégico 2005-2009² instrumento de la planificación donde se describe la situación de salud de los pueblos indígenas y sus sistemas de salud, las debilidades del modelo biomédico vigente y a partir allí, expone su visión y misión institucionales, los factores de restricción que limitan el despliegue de la interculturalidad en el ámbito institucional, define líneas constructivas de modelos de salud interculturales, caracteriza sus roles en la nueva estructura sistémica, traza los lineamientos de la política, concibe un plan estratégico bajo escenarios de oportunidad, y finalmente, compila 11 estrategias y 66 productos a ser alcanzados en el quinquenio previsto, alrededor de los términos arriba descritos.

El Mapa Estratégico caracteriza los roles previstos de la interculturalidad en la nueva estructura sistémica del Ministerio de Salud:

A. En los Procesos Gobernantes:

- Mantiene procesos de descentralización y desconcentración técnica, administrativa y financiera.

¹ Creada el 13 de septiembre de 1999, mediante Acuerdo Ministerial No. 01642

² Reingeniería Técnica y conceptual del Mapa Estratégico DNSPI 2002-2006

- Es flexible, pero se halla en interrelacionalidad con todos los procesos del Ministerio de Salud y del Sistema Nacional de Salud.
- Direcciona la planeación financiera con el fin de considerar procesos, subprocesos, productos y actividades anteriormente no contemplados.
- Mejora el costo de oportunidad de la oferta con la Cooperación Internacional.
- Interactúa con el desarrollo de la gobernabilidad y la generación de políticas saludables en los procesos locales.
- Desarrolla propuestas para la obtención de otras fuentes de financiamiento.
- No crea más burocracia y dispone de perfiles gerenciales adecuados conforme a las necesidades del Modelo de Gestión que demanda la nueva estructura con enfoque intercultural.
- Refleja las demandas de la diversidad cultural.
- Incorpora a su oferta modelos de atención dinámicos, con prestaciones diferenciadas de medicina tradicional y medicinas alternativas.
- Facilita alianzas con el fin de establecer reformas académicas pertinentes, así como para el mejoramiento continuo de procesos de certificación y acreditación de los recursos

B. En los Procesos Habilitantes de Apoyo y Asesoría y del Macro Proceso de Valor Agregado:

- Genera estrategias y productos para la definición de Modelos Interculturales de Salud con la incorporación de las Medicinas Tradicionales Indígenas al Sistema Nacional de Salud.
- Acompaña en la definición de Modelos Interculturales de Salud en los procesos desconcentrados.
- Promueve la legalización y legitimación de los saberes y prácticas de las medicinas tradicionales en los ámbitos político, académico e institucional.
- Facilita la organización de la red de servicios y prestadores de las medicinas tradicionales.
- Establece protocolos de prestaciones de las medicinas tradicionales indígenas, en los ámbitos de la sanación y purificación individual, familiar, comunitaria y del entorno medioambiental.
- Construye los valores epistemológicos de las medicinas tradicionales indígenas y desarrolla espacios saludables desde la biodiversidad.
- Dispone de Códigos de Ética de las medicinas tradicionales indígenas que permitan desarrollar la normativa cultural.
- Vigila mediante un subsistema de información e indicadores estandarizados el subsistema de las medicinas tradicionales indígenas.
- Define modelos dinámicos de gestión de las medicinas tradicionales indígenas en la diversidad.
- Define, norma, regula y controla modelos interculturales de salud.
- Fortalece las medicinas tradicionales indígenas y los modelos interculturales de salud mediante el desarrollo de la investigación, la ciencia y la tecnología aplicadas, en la biodiversidad.
- Promueve el desarrollo del talento humano mediante la construcción de valores y la educación continua en la diversidad.
- Promociona estilos saludables de vida en la biodiversidad mediante la comunicación alternativa e intercultural.
- Optimiza el costo oportunidad de la cooperación.
- Favorece las veedurías ciudadanas para un control social efectivo.
- Garantiza la participación social en la construcción de los modelos interculturales de salud.

Mientras que las líneas de una política general para dicha estructura, han de promover e impulsar:

- El desarrollo de la interculturalidad en los procesos de la nueva estructura y en la intersectorialidad.
- La inclusión de la interculturalidad en los ámbitos políticos y técnicos del Sistema Nacional de Salud.
- La garantía de una oferta universal, integral e intercultural de salud.
- Los derechos colectivos de las nacionalidades y pueblos relacionados con la biodiversidad, y con los conocimientos y prácticas de sus medicinas tradicionales en el marco de la construcción de modelos integrales bajo el Sistema Nacional de Salud.
- La construcción de ciudadanía en salud desde un Estado plurinacional, pluricultural y multiétnico.
- El redimensionamiento de la oferta de la cooperación en el contexto de la salud intercultural.
- La generación de una propuesta nacional de carácter intercultural tendiente a establecer nexos de intercambio con los sistemas de salud del área andina

En el nuevo modelo intercultural de salud allí propuesto, las medicinas tradicionales son recursos que deben ser revalorizados por dos vías: su legitimación mediante la formalización de lo informal (institucionalización de las medicinas tradicionales en las Unidades Operativas de Medicina Intercultural -con distintos grados de aproximación entre los distintos sistemas médicos-); y su legitimación, mediante la aprobación por el Congreso Nacional de la Ley de las Medicinas Tradicionales de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas³, así como las correspondientes reformas a los Códigos de la Salud⁴, Penal y Civil, actualmente contrarios a la Constitución Política del Estado, en relación con los derechos colectivos de los pueblos (puesto que penalizan los saberes y prácticas de las medicinas tradicionales).

³ Propuesta elaborada con las bases del movimiento indígena y de sanadores de las medicinas tradicionales y presentada al Congreso Nacional para su discusión en el 2002.

⁴ Reforma presentada al Congreso en el 2004, esperando la segunda ronda de debates.

ANEXO N°2

EXPERIENCIAS DE IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS INTERCULTURALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE OTROS PAÍSES:

PERÚ:

Se ha diseñado un conjunto de estrategias para la incorporación del enfoque de interculturalidad en la oferta de servicios de salud en poblaciones indígenas (ESN), especialmente las amazónicas, para la coordinación y monitoreo de las acciones adecuadas a las diferentes culturas (Comisión Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas). La estrategia comprende la adecuación de los servicios y en el tiempo se verá los niveles de interrelacionamiento entre las medicinas tradicionales y el sistema formal de salud.

De igual manera se observa dichos principios en el componente de Salud del Plan Integral de Protección de los Pueblos es Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial de la Reserva Nahua-Kugapakori en Camisea. Para el efecto se constituye una estructura funcional para la coordinación de las actividades de salud comunitaria y medioambiental, que entre otras, comprenden la elaboración de guías de atención para personal de salud, de comunicación, para la selección de personal, y un programa de Aseguramiento Universal Comunitario de los pueblos indígenas de la Reserva.

El Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud en una Región (AMARES), en la región centro sur del Perú, una región pobre, cuya población indígena ha mostrado rechazo a los planes de salud y a los servicios, contempla un programa de formación-acción mediante el Diplomado de Salud Intercultural.

El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI, 2002) se crea con la finalidad de articular los conocimientos y prácticas de las medicinas tradicionales y alternativas con la medicina académica, para lo cual cumple tareas de investigación científica y tecnológica, la docencia, capacitación, extensión educativa, promoción, difusión y desarrollo de programas de salud y propuestas normativas con enfoque intercultural.

La Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA ha incorporado el enfoque intercultural en las acciones de promoción de la salud en su Guías de municipios, escuelas, comunidades y familias saludables, y ha dispuesto una norma técnica para la atención del parto vertical (octubre, 2005).

Igualmente, UNICEF apoya la ejecución de proyectos en poblaciones rurales, indígenas y amazónicas con enfoque de género, interculturalidad, derechos, abogacía y participación comunitaria, que comprende para nuestro caso, la construcción de casas de espera para madres que están en proceso de dar a luz, capacitación a parteras y promotores sobre riesgo e interculturalidad, la instalación de paneles solares, y construcción de ambulancias acuáticas y la promoción del uso de plantas medicinales en APS.

BOLIVIA:

El municipio de Ancoraimos (provincia Omasuyos, La Paz) ha desarrollado un modelo intercultural que comprende una red municipal de servicios de salud integrada, participación protagónica de la comunidad, el reconocimiento de la medicina tradicional, la humanización y adecuación cultural de los servicios, y en lo político, la adopción de ordenanzas sobre salud intercultural.

El Seguro Básico Materno Infantil entrega la placenta a la madre que lo desee, y también el parto vertical, algunos hospitales permiten el ingreso de yatiris (curanderos) junto a los pacientes. Hospitales indígenas (Huancoyo, Curva y Amarete) ofertaron servicios de medicina occidental junto a servicios de medicina tradicional (experiencias que, sin embargo, no fueron sustentables y sostenibles).

Se han desarrollado varios proyectos para la integración de las medicinas tradicional y occidental, así como (en el marco de la cooperación de OPS con Bolivia y Cuba) inventarios de plantas medicinales y farmacopeas tradicionales, estudios sobre regulación a la fabricación, registro sanitario y utilización de productos naturales medicinales, y un programa para el aseguramiento de la calidad de los productos naturales de uso medicinal.

La Dirección Nacional de Medicina Tradicional e Intercultural registra las plantas medicinales, y trabaja para el reconocimiento de las medicinas tradicionales en la Constitución Política del Estado. La Ley de Medicamento y la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) reconocen a las medicinas tradicionales pero no se aplica por falta de reglamentación. En el Departamento de Potosí, un programa de formación de RRHH, “Willaqkuna”, prepara al personal de salud de pueblos quechuas y aymaras sobre interculturalidad y modelos y sistemas médicos, investigación y proyectos y farmacopea indígena.

En el Departamento de Chuquisaca se capacita a las parteras en “parto limpio”, y se ha llevado a cabo investigaciones sobre la percepción de las gestantes para incorporarlas en la adecuación de los servicios. En conjunto los estudios muestran que el problema de la “incomunicación” (lenguas diferentes del personal de salud y los pacientes, provoca la desconfianza y alejamiento de los servicios de salud por parte de la demanda.

COLOMBIA:

En los pueblos de Pijao y Páez de Tolima se desarrolla un programa de fortalecimiento y promoción de la medicina tradicional con la participación del Consejo Regional de Tolima. Una institución prestadora indígena The Wala, administra los recursos del régimen subsidiado, mediante la formación de huertos de plantas medicinales, el uso de medicamentos naturales, un modelo de atención bicultural, una escuela de formación de promotores y gestores culturales para difusión de todos los aspectos del modelo en las comunidades.

Otra experiencia similar la constituye la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca, la cual utiliza las prestaciones de los distintos sanadores de las medicinas tradicionales: sabios, parteras, sobanderos y pulseadores, a escala local y zonal, para la atención básica de salud. La Universidad del Cauca envía estudiantes de pregrado hacia comunidades indígenas guambianas y páeces para conocer su penamiento cultural.

Experiencias de promoción de la salud en las comunidades indígenas de Purace (Cauca) y paéces de Tierradentro han abordado, en su orden, la formación de huertos integrales, y el abordaje intercultural de la mortalidad materna.

CHILE:

La Universidad de Chile ha realizado investigaciones en la región del pueblo indígena mapuche para determinar su territorialidad, su cosmovisión, conocimiento de plantas medicinales y elaboración de un glosario intercultural y manuales educativos.

El Programa Orígenes, con auspicio del BID, promueve el mejoramiento de las condiciones de vida y el desarrollo con identidad de los pueblos aymara, atacameño y mapuche (regiones de Tarapacá, Antofagasta, Bio Bio, Araucanía y Los Lagos), de igual modo, mediante la eliminación de las barreras culturales y la participación comunitaria. Sus áreas de trabajo incluyen el desarrollo y validación de modelos de atención intercultural, la sensibilización y capacitación de funcionarios y quipos de salud, el reconocimiento de la medicina tradicional y proyectos de recuperación y fortalecimiento, y mejoramiento del acceso y capacidad resolutive de la red de servicios interculturales.

En la IX Región de Salud se ha diseñado una propuesta de salud donde sanadores de las medicinas tradicionales participan en la oferta de servicios y prestaciones en APS. Sirvió de base para proponer un Seguro de Salud Indígena. Se incorporó en la formación de pregrado, para los estudiantes que hacían su pasantía en la región mapuche, un módulo de pediatría intercultural.

El “Proyecto de Fortalecimiento de la Medicina Casera”, llevado a cabo por ONGs y organismos privados con el fin de enfrentar mediante el autocuidado patologías simples en comunidades mapuches. Comprendió mesas de trabajo, capacitación a mujeres, botiquines, y la edición de manuales de medicina casera.

Estudios, como el de Alarcón et al., muestran que el proceso de interculturalidad contempla niveles relacionados con las acciones o actividades de relación entre diferentes medicinas, y el de la cultura que sustenta los modelos médicos, lo cual requiere transformaciones estructurales de largo plazo, y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud; ellas implican a estructuras del Estado y los pueblos indígenas. Las estrategias, así, comprenden la comunicación intercultural (disminución de barreras entre equipos de salud y usuarios) y procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales según contextos culturales.

BRASIL:

A fines de los 90, se implementa el Distrito Especial de Salud Indígena en el Distrito de Xapeco, Estado de Sta. Catarina, y luego en Manos, Río Negro y Pernambuco. Básicamente, es el apoyo del Estado a las propuestas de salud, propias de las comunidades indígenas y la contratación de equipos multidisciplinarios para la atención de salud. Sin embargo la prefectura escoge al personal sin contar con el criterio de las comunidades indígenas. El Ministerio brinda estímulos financieros al personal que trabaja en dichas comunidades.

Otro estudio es el de la comunidad Caboclo, bajo Amazonas, respecto a las cosmovisiones de salud y enfermedad. Garnelo y Sampaio (2003) proponen bases socioculturales de control en salud indígena

mediante consejos locales, y una política de relacionamiento entre el Estado y las organizaciones indígenas; discute por otro lado los riesgos de la tercerización de los servicios de salud indígena y los riesgos sociales de tales prácticas.

De otro lado, Calavia (1992-1994) investigó las tradiciones culturales propias que se abandonan aceleradamente entre los Yaminawa quienes prefieren la medicina occidental por considerarla más agradable”, en contra de las medicinas etnobotánicas y sus prácticas difíciles como dietar, por ejemplo. Otro estudio realizado en los Servicios de Salud de Natal, Río Grande del Norte, muestra el problema clásico de la falta de humanización de la atención, cuyo sustento es la débil construcción de la conciencia sanitaria de una práctica social y su dimensión cultural e ideológica.

MÉXICO:

El fortalecimiento de la medicina tradicional es una política del Gobierno Federal frente a la demanda de los pueblos indígenas manifestada en el I Congreso Indigenista de médicos indígenas tradicionales auspiciado por el Instituto Nacional Indigenista en 1974, y al reconocimiento de la medicina tradicional en la legislatura del Estado de Oaxaca (2001). De esta manera la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural fomenta estrategias de coordinación y complementariedad ente las prácticas sanitarias diversas, su respeto, la apertura de la medicina occidental a los médicos indígenas, la elaboración participativa de propuestas conjuntas, la satisfacción del usuario (por el reconocimiento en el servicio de los valores y prácticas culturales del usuario, la investigación del modelo intercultural.

Resumiendo, las estrategias mayores comprenden: 1. Concertación interinstitucional para la conformación de grupos de trabajo; 2. Incorporación del enfoque intercultural y sensibilización y capacitación al personal de salud; 3. Diagnóstico situacional y programa de acción; 4. Promoción y adecuación del servicio con sensibilidad cultural (organización, gestión, atención de los servicios; referencia y contrarreferencia); 5. Fortalecimiento de la Medicina Tradicional (sistematización de cosmovisiones, saberes y prácticas; intercambio de conocimientos; autorregulación mediante cuerpos colegiados de médicos tradicionales; esquemas organizativos entre médicos tradicionales y formales).

La promoción de la salud en una situación de interculturalidad (Ottawa, 1986) se define como “proporcionar los medios para que la población tenga el control de su vida y su salud”. Aquí se plantea las siguientes líneas de acción: 1. Políticas Públicas Saludables; 2. Creación de ambientes saludables; 3. Reorientación de los servicios de Salud; 4. Reforzamiento de la participación comunitaria (especialmente de mujeres); 5. Desarrollo de aptitudes personales.

La política sanitaria y legislación en materia de medicina indígena tradicional en México surge del proyecto “Opiniones y Propuestas de Dos Organizaciones de Médicos Indígenas Tradicionales en Trono a Procesos de Legislación en Materia de Medicina Tradicional”, del Estado de México y del de Chiapas, obtenido mediante dos talleres en 33 comunidades de Chiapas para documentar sobre la tradición médica indígena y proporcionar capacitación jurídica con el fin de legislar en materia de medicina tradicional.

Sin embargo, el Art. IV, “De los Auxiliares de Fomento a la Salud”, en al Ley de Salud del Estado de Chiapas, surge son consulta a los médicos tradicionales. De ahí que su acreditación surja del haber

“recibido entrenamiento suficiente en materia de fomento a la salud o en actividades elementales de primeros auxilios y atención médica simplificada en cualquier institución del sector salud”, lo cual implica una medicalización de la práctica médica tradicional.

El Programa de Salud para Pueblos Indígenas, es una propuesta de interculturalidad para los servicios de salud. Considera la formación de personal institucional que se capacite como facilitador cultural, y personal comunitario como enlace intercultural, tanto del paciente como del personal de salud en su actividad, reportando, por ejemplo, las enfermedades de filiación cultural hacia las unidades de salud.

ESTADOS UNIDOS:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos convocó a una reunión de expertos para señalar los roles de personal con competencias interculturales en servicios que precisan de estas cualidades. Cinco fueron las recomendaciones del Grupo de Trabajo: 1. Educación en competencia intercultural (entrenamiento basado en evidencias de competencias culturales); 2. Monitoreo, seguimiento y evaluación en los programas de atención (atención según etnias, clases sociales, lengua del usuario); 3. Certificación y acreditación; 4. Generar tableros de mando para la práctica clínica (de proveedores, decisores, intérpretes, población, curanderos, etc.); 5. Promoción de la diversidad de mano de obra (temática intercultural en programas de formación de recursos humanos) (American Journal of Manager Care, sept. 2004).

En relación con los procesos de capacitación, se recomienda las siguientes estrategias: 1. Provisión de recursos financieros para la generación de programas públicos de salud a comunidades pobres y nativas; 2. Mejorar los presupuestos de los gobiernos para la formación e incentivos; 3. Provisión de subsidios a instituciones prestadoras en poblaciones vulnerables; 4. Generar normatividad para que las redes de atención cuenten con proveedores nativos con competencias culturales y lingüísticas; 5. Campañas de difusión por los medios sobre los derechos de las minorías étnicas.

El rol de la comunicación intercultural para el cambio de conducta de los profesionales en servicios culturalmente competentes incluye: 1. Incorporación de conocimientos culturales dentro de las instituciones decisoras de políticas públicas, así como en la infraestructura y en la práctica de la atención; 2. Proveer entrenamiento y evaluación constante de las competencias culturales (lo que debería observar mejoramiento de la accesibilidad a los servicios); 3. Recolección de datos sobre aspectos étnicos; 4. Recolección de información sobre lenguaje primario de los pacientes para generar guías de comunicación; 5. Incrementar provisión de servicios de traslado de pacientes; 6. Involucrar a la comunidad y sus líderes en el diseño de programas y servicios.

En Omaha, en el 2005, Cook publica un estudio que muestra los mejores índices de satisfacción de pacientes cuando son tratados por profesionales de su misma etnia y cultura. Igual a lo encontrado por el estudio de Cooper et al., en el año 2003. Y la Academia Americana de Pediatría considera importante tratar los conceptos de efectividad cultural, sensibilidad cultural y competencia cultural para el entrenamiento médico de pregrado, postgrado y en la educación médica continua. Murguía et al., en el Distrito de Columbia, estudia la relaciones de los equipos de salud con pacientes centroamericanos, muestra la necesidad de aproximarse al uso e implicaciones etnomédicas, así como entender e integrar las influencias espirituales y observar sus efectos en la efectividad de la atención.

OTRAS EXPERIENCIAS:

En Nicaragua, una evaluación del Decenio Internacional de Salud de los Pueblos Indígenas del Mundo, en el 2005, reporta casos de complementariedad en la atención de médicos tradicionales y occidentales en casos de mordeduras de serpientes, en casos de atención del parto por parteras y médicos occidentales, atención por equipos mixtos de salud de pacientes indígenas Siknis en las riberas del río Coco. Modelos de atención con enfoque intercultural por las ONGs: Acción Médica Cristiana y Horizonte 3000. La Cruz Roja produce material educativo en lengua miskita validado por sus comunidades. La OPS con el Ministerio de Salud ha elaborado cartillas sobre dengue en creole, miskitu y mayagna, escuelas promotoras en 11 comunidades indígenas de Matagalpa, eventos internacionales sobre medicina tradicional, adecuación cultural de normas de TBC, entre otras. El Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario promociona el uso de estas medicinas y realiza cursos de capacitación para el personal de salud.

Durie muestra en Nueva Zelanda, asimismo, la necesidad de reconocer la significancia de una adecuada comunicación intercultural en la atención del pueblo Maorí. Kiata y Kerse, por otro lado, tratan la adecuación cultural de las residencias de pacientes adultos (incluido asuntos como el racismo, y atención culturalmente pertinente).

En Australia, un estudio en Darwin, Territorio Norte, en el 2002, encontró las limitantes de la comunicación en pacientes aborígenes con enfermedad renal y los trabajadores de la salud: 1. Falta de control por el paciente; 2. Restricciones en el modelo de discurso (pregunta – respuesta); 3. Dominancia del modelo biomédico (non considera alimentación y dieta aborígen); 4. Distancia cultural y lingüística; 5. Falta de entrenamiento del equipo médico en comunicación intercultural.

Las dificultades debido a procesos equívocos de comunicación intercultural han sido igualmente observados en estudios realizados en Sudáfrica (área rural de la provincia de Limpopo); en los Países Bajos (Van Wieringen et al.); o el trabajo de London et al., que muestra que tan sólo 17 artículos sobre educación médica observan elementos de diversidad étnica de un total de 1456 estudios.

ANEXO N° 3

EL CONJUNTO GARANTIZADO DE PRESTACIONES Y LA INTERCULTURALIDAD

1. Prestaciones trabajadas por la Subcomisión de Prestaciones del CONASA:

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002), contempla el diseño de un Plan Integral de Salud cuyo conjunto de acciones y prestaciones de salud se lleva adelante a través de la red de

proveedores, mediante la coordinación concertada de acciones de las entidades integrantes del Sistema, dentro de una estrategia de protección social basada en el derecho universal a la salud¹.

El denominado “conjunto garantizado de prestaciones” definido contiene:

- un grupo de prestaciones individuales (personales) de prevención, detección, diagnóstico, recuperación (curación) y rehabilitación de la salud, lo cual incluye la provisión de servicios, medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema, para resolver problemas de salud de la población conforme el perfil epidemiológico nacional, regional y local;
- Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social; y
- Acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivas, las cuales son de orden intersectorial.

La Subcomisión de Prestaciones del Consejo Nacional de Salud (CONASA), que ha venido trabajando desde el año 2004, presentó la “Definición de Prestaciones de Atención Ambulatoria” (primer nivel), en octubre del 2005; en noviembre concluyó la redacción del documento final que incluye los fundamentos conceptuales y metodológicos. En diciembre del año anterior se realizó el Taller sobre Prestaciones de Atención Hospitalaria (segundo y tercer nivel) que concluyó en mayo de este año con el consenso de las instituciones representadas en el CONASA. Para el tercer trimestre del 2006 se tiene previsto protocolizar las prestaciones ya definidas y establecer su respectivo costeo.

Los grupos de edad delimitados para las atenciones ambulatorias son los siguientes:

- Niños menores de 5 años
- Niños de 5 a 9 años
- Adolescentes de 10 a 19 años
- Mujeres en edad fértil (10-49 años)
- Adultos 20 a 39 años
- Adultos 40 a 64 años, y
- Adulto mayor: más de 65 años

En el marco conceptual que sostiene el documento del CONASA, se afirma que el listado de prestaciones lleva incluidos los nuevos enfoques de “género, derechos humanos, interculturalidad y sistemas alternativos”. De igual modo se menciona la interculturalidad al hablar de la promoción, prevención y recuperación de la salud, tanto como en la metodología usada para definir las prestaciones, enfatizando el hecho de que el desarrollo y normatización de las prestaciones “debe poner especial interés en el contexto socio-cultural”, así como “incorporar en el proceso a las organizaciones sociales para mejorar la situación de salud”.

Sin embargo, y hasta el presente, tan sólo se cuenta con el listado de prestaciones, listado que, por otro lado, no permite entrever la existencia de “prestaciones interculturales”, como tales.

De cualquier modo, ha de esperarse, que en la protocolización y correspondiente normatización de las prestaciones, intervenga el cuerpo y espíritu de lo intercultural, advirtiendo, de manera explícita, que varios de los procedimientos para llevar a cabo prestaciones de prevención, curación o rehabilitación de la salud, y más aún, en las prestaciones de la promoción colectiva (en especial la

¹ Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Subcomisión de Prestaciones, Consejo Nacional de Salud (CONASA), 2005.

referida a procesos de comunicación), debieran considerar las percepciones, usos, costumbres, lengua, saberes y prácticas, de usuarios culturalmente diversos existentes en Ecuador.²

En efecto, de qué modo podrían ofertarse prestaciones (de nuevo, en la *promoción*) relativas al desarrollo de la actoría y autoestima, en los niños indígenas shuar, o éperas, chachis, záparas o tsáchilas, por ejemplo. Y en éstos, o en otros pueblos, la prestación a problemas sicoemocionales, al proyecto de vida, al desarrollo del liderazgo en jóvenes y adolescentes, a los riesgos ambientales de conformidad a la presencia de ecosistemas disímiles, o a la planificación familiar y atención del parto, comprendida la ritualidad subyacente, de la mujer indígena, por poner algunos casos.

A continuación, y a modo de ejemplo, se presenta la estructura y conjunto de prestaciones de los dos primeros grupos de edad, definido por la Subcomisión de Prestaciones del CONASA. Mentalmente, podríamos hacer el ejercicio de imaginar cómo a tal prestación la podríamos convertir en “intercultural”:

**LISTADO DE PRESTACIONES PRIMER NIVEL
PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (Atención Ambulatoria)**

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Promoción

1. Comunicación, educación y consejería en:

- Atención del recién nacido
- Derechos y deberes de la niñez
- Lactancia materna
- Seguridad Alimentaria: alimentación, nutrición y micro nutrientes
- Actividad física, juego y recreación de acuerdo al contexto urbano o rural
- Estimulación del desarrollo psicomotor
- Vinculo afectivo
- Salud sexual
- Salud buco dental integral
- Aceptación de discapacidades
- Seguridad Familiar
- Hábitos saludables
- Ambientes saludables
- Higiene, seguridad y manejo de emergencias en el hogar, centros de cuidado y centros educativos
- Educación comunitaria sobre riesgos ambientales y sus efectos en salud.

² Según los derechos colectivos de los pueblos indígenas, están consignados por ley 13 nacionalidades indígenas, una de las cuales, la nacionalidad kichwa, contiene a 14 pueblos indígenas.

Prevención

2. Reconocimiento del recién nacido de riesgo
3. Control de crecimiento y desarrollo:
 - Monitoreo de crecimiento y desarrollo
 - Fomento de la lactancia materna
 - Estimulación para el desarrollo integral
 - Prevención de parasitosis
 - Prevención del maltrato
 - Prevención de accidentes
 - Prevención y detección de discapacidades, deficiencias sensoriales y mentales
4. Complementación alimentaria
5. Inmunizaciones (vacunación)
6. Salud buco dental integral
7. Prevención de riesgos ambientales
8. Profilaxis a niños que han estado en contacto con casos de Bacilo Koch positivo

Recuperación

9. Reanimación del recién nacido
10. Atención de la morbilidad general y por especialidades
11. Atención de las enfermedades por deficiencias alimentarias, nutricionales y endocrinas
12. Atención buco dental integral
13. Atención de emergencias según capacidad resolutive
14. Atención de niños con VIH-SIDA e hijos de madres infectadas
15. Detección y tratamiento precoz de deficiencias y discapacidades
16. Atención en desastres naturales
17. Referencia y contrarreferencia

Rehabilitación

18. Rehabilitación apoyada en la familia y sectores de la comunidad
19. Rehabilitación con terapia psicofísica, prótesis y órtesis
20. Integración familiar y social

NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS

Promoción

1. Comunicación, educación y consejería en:
 - Derechos y deberes de la niñez
 - Seguridad alimentaria: alimentación, nutrición y micro nutrientes
 - Estimulación del desarrollo sicomotor
 - Actividad física, juego, deporte y recreación de acuerdo al contexto urbano o rural
 - Vinculo afectivo
 - Salud sexual y reproductiva
 - Salud mental
 - Salud buco dental integral
 - Aceptación de discapacidades e integración a la sociedad

- Seguridad familiar
- Seguridad vial
- Hábitos saludables
- Ambientes saludables
- Desarrollo de autoría y autoestima.
- Desarrollo de habilidades y destrezas individuales y grupales
- Higiene, seguridad y manejo de emergencias en el hogar, centros de ciudad, centros educativos y de recreación
- Educación comunitaria sobre riesgos ambientales y sus efectos en salud

Prevención

2. Control de crecimiento y desarrollo:
 - Monitoreo de crecimiento y desarrollo
 - Estimulación para el desarrollo integral
 - Prevención de las enfermedades alimentarias, endocrinas y nutricionales
 - Prevención de parasitosis
 - Prevención del maltrato
 - Detección de deficiencias sensoriales y mentales y prevención de discapacidades
 - Prevención sobre el uso de sustancias psico-estimulantes y tóxicas.
3. Inmunización (vacunación)
4. Salud buco dental integral
5. Prevención de riesgos ambientales
6. Prevención con medidas de seguridad e higiene en lugares escolares y centros de cuidado.

Recuperación

7. Atención de la morbilidad general y por especialidades
8. Atención de las enfermedades por deficiencias alimentarias, endocrinas y nutricionales
9. Atención buco dental integral
10. Intervención en causas relacionadas con el bajo rendimiento escolar, conductas depresivas y otras patologías mentales relacionadas.
11. Atención de niños con VIH-SIDA
12. Atención de emergencias según capacidad resolutive
13. Detección y tratamiento de discapacidades
14. Atención en desastres naturales
15. Referencia y contrarreferencia

Rehabilitación

16. Rehabilitación apoyada en la familia y sectores de la comunidad
17. Rehabilitación con terapia psicofísica, prótesis y órtesis
18. Integración familiar e inclusión social
19. Rehabilitación oral.

2. El Plan de Beneficios garantizados y explícitos de prestaciones de servicios de salud y medicamentos del PRO-AUS⁸:

El documento en mención fue trabajado entre el Ministerio de Salud Pública (proyecto MODERSA - Modernización de los Sistemas de Atención-) y el Consorcio Care-Bloomberg School of Public Health de la Universidad Johns Hopkins, documento presentado en julio del 2005, el cual es una revisión de la propuesta “Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud (CGPS) – Contenido, Costos y Financiación, Ecuador, Septiembre 2004”, elaborado por el CONASA y auspiciado por la OPS.

La elaboración del Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud significó la aplicación del enfoque analítico desarrollado por la OPS en el “Conjunto de Prestaciones de Salud, Objetivos, Diseño y Aplicación” (Rovira et al., 2003), fundamento de la consistente base conceptual y metodológica de este trabajo, que, por lo demás, permitió reunir a los principales actores del sector de la salud aglutinados en el CONASA.

Este documento de consultoría implica un estudio pormenorizado del trabajo previo realizado por el CONASA en el ámbito de tres escenarios de implementación (completo, intermedio, básico), considerando las etapas de desarrollo del diseño del Aseguramiento Universal. Considera, asimismo, criterios de ajustes posteriores puesto que el Conjunto de Prestaciones de Salud para el Aseguramiento Universal de Salud (PBAUS), deberá adaptarse paulatinamente a los perfiles de morbilidad y mortalidad que se presente en el futuro. Este producto caracteriza el contenido del conjunto garantizado de prestaciones para el aseguramiento universal, tanto en cobertura médica como en medicamentos.

Contiene un catálogo de prestaciones, ajustado por niveles de complejidad obtenida luego del análisis del conjunto de prestaciones del CONASA, de realizar una comparación internacional (Oregon, USA; países de la Comunidad Económica Europea –Holanda, Nueva Zelanda, Suecia, España–; Latinoamérica –Chile, México, Colombia, Bolivia–), considerando criterios económicos (costo-beneficio), técnicos y epidemiológicos (mayor carga de enfermedad, perfiles nacionales, regionales o locales), de principios (dignidad humana, solidaridad, calidad de vida), de derechos (jurídico políticos), y de estimación de costos según escenarios de corto plazo (1 año), y de mediano plazo (5 años).

En el último acápite se objetiva una serie de recomendaciones agrupadas en tres items relativos al posicionamiento del tema en la agenda pública, las características del plan de beneficios (CGPSU) de acuerdo a las fases de implementación previstas, el tema de medicamentos y fármacos, y sobre la medicina tradicional y plantas medicinales.

3. La Adecuación Cultural de los Servicios y Prestaciones, y las Medicinas Tradicionales del Ecuador.

El camino natural que se ha de recorrer para llegar a la constitución de verdaderos modelos interculturales de salud, pasa en primer lugar por la generación de políticas públicas, relativas a la humanización y adecuación cultural de los servicios, una toma de conciencia cada vez más productiva en torno al cambio de paradigmas médicos y sanitarios en los equipos de salud, y un papel creciente y relevante de las comunidades en la regulación y control de los servicios y prestaciones, en el

⁸ Contrato de servicios de consultoría No. MSP/MODERSA/CS/201/04- Servicios de Consultoría para el Diseño e Implementación de un Modelo de Aseguramiento Universal en Salud para la República del Ecuador, julio 2005.

diagnóstico y formulación de planes sanitarios de intervención, en la revalorización y legitimación de sus propios sistemas médicos, y todo ello enhebrado alrededor de las categorías de salud, cultura y desarrollo.

Esto nos lleva a recordar, que el subsistema de las medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas del Ecuador (denominado por la DNSPI “culturas sanitarias diversas”), se halla sustentado en cuerpos integrales que comprenden sus respectivas cosmovisiones, cuerpos metodológicos para la promoción y prevención de la salud, para el diagnóstico, sanación, curación y rehabilitación, bajo los principios de solidaridad, reciprocidad, complementariedad, interdimensionalidad y correspondencia. La salud para los pueblos indios significa el “Buen Vivir” o “Gran Vivir”, donde la medida de dicho estado es el equilibrio del ser, consigo mismo, con su familia, con la comunidad, con el medioambiente y con la divinidad.

Por lo mismo las medicinas ancestrales de las 13 nacionalidades y 14 pueblos indígenas en el Ecuador⁹ precisarían que sus servicios y prestaciones, por categorías de sanadores, alcanzaran a mostrar de manera suficiente y necesaria los ámbitos de intervención mediante sus propios protocolos en la siguiente matriz:

		CATEGORÍA DE SANDORES DE LA MEDICINA TRADICIONAL					
		Sabio	Curandero (hierbatero)	Sobador	Partera	Promotor	Otros
PRESTACIONES DE LAS MEDICINAS TRADICIONALES	Prevención						
	Promoción						
	Diagnóstico						
	Tratamiento						
	Rehabilitación						

Sin duda una por cada una de las nacionalidades y pueblos existentes. Y entonces, una vez comprendidos por el sistema oficial de salud los términos de la horizontalidad, el respeto y la alteridad hacia otras culturas sanitarias, se estaría ante la posibilidad de encontrar variedades, modos y estilos creativos de conjugarlas, interrelacionarlas, o articularlas, en lo que para el efecto se denominaría un “modelo intercultural de salud”, tantos como en verdad pudieran crearse, o recrearse, de conformidad con las particularidades sociales, espirituales o mentales de todos sus actores, al interior de cada suceso humano, comunitario y territorial.

⁹ **Costa:** Nacionalidades Chachi y Epera; y pueblo Manta-Huancavilca; **Sierra:** Nacionalidades Awa y T’sáchila; Pueblos de la Nacionalidad Kichwa en la región interandina: Caranqui, Natabuela, Otavalo, Cayampi, Kiyu-kara, Panzaleo, Salasaca, Chibuleo, Quisapincha, Puruhá, Waranka, Cañari, Saraguro, Palta; **Amazonía:** Kichwas de la amazonía; Nacionalidades Siona, Cofán, Huaorani, Shuar, Achuar, Shiwiar, Zápara.

ANEXO 4

ESTRATEGIA INTEGRAL PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN AREAS RURALES

RESISTENCIAS A LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO

- Temor al corte
- Temor al frío
- Pudor
- Temor a la camilla (alta y angosta)
- Maltrato, discriminación
- Lenguaje técnico
- Códigos culturales diferentes
- Exigencias de levantarse rápido

RIESGOS EN LA ATENCIÓN TRADICIONAL DESDE LA VISIÓN MÉDICA

- Falta de higiene e iluminación
- Falta de concepto de riesgo/complicaciones
- No control del trabajo de parto
- “Manteada”
- Muchas personas en el parto
- Corte con elemento sucio
- Desgarros frecuentes, no control de sangrado
- Falta de atención inmediata del recién nacido
- Limpieza insuficiente de ojos
- Tardío contacto con el bebé

QUÉ HACER:

PUDOR:

- Posición vertical, en los casos indicados
- Batas para cubrir las adecuadamente
- “Pantalón” con cobertor en caso de posición litotómica
- Evitar exceso de personal en el ambiente del parto
- Luz tenue o indirectas
- Informar sobre procedimientos (tacto) y comunicar resultados

TEMPERATURA:

- Cubrir ventanas con cortinas
- Doble vidrio
- Estufa
- Ambientes no tan amplios
- Abrigo adecuado (cubiertas)
- Nunca lavar a la parturienta con líquidos fríos (calentar soluciones)

ACOMPañAMIENTO:

- Permitir el ingreso de partera
- Acompañamiento del esposo u otro familiar en el momento del parto (mecanismo de premio)
- Mayor flexibilidad en las visitas (horarios) en áreas rurales
- Redes sociales de apoyo

POSICIÓN:

- Permitir cambios de posición durante el trabajo de parto (evitar endovenosos “preventivos”)
- En caso de que no haya contraindicación, permitir durante el expulsivo la posición que elija la gestante.
- La posición vertical, es más factible en caso de multíparas y mujeres sin riesgo aparente.
- Uso de colchonetas en el piso o sillas bajas (junto a elementos para el sostén de la parturienta)

PLACENTA:

- Informar a la gestante y/o familiar, que si lo desean se les puede hacer entrega de la placenta
- En caso de que el servicio de salud elimine la placenta, nunca mostrar que se ha eliminado a un tacho de basura, chata, etc.

LÍQUIDOS:

- Después del parto, permitir el consumo de líquidos (infusiones) que la gestante o familiar elija
- La partera puede decidir el tipo de líquido a administrar
- Disponer de cocina para calentar los líquidos
- Las parteras pueden suministrar las plantas medicinales que habitualmente se administra a la parturienta
- Podrá organizarse un pequeño botiquín con estas plantas medicinales

AMBIENTE:

- Evitar ambientes muy amplios, privacidad
- Evitar excesiva luz en el ambiente, especialmente durante el trabajo de parto.
- Hacer uso de luz indirecta.
- Evitar ropa de cama blanca. La gente andina prefiere colores intensos.
- Evitar objetos metálicos en el ambiente(mesas de noche, camas)

ALIMENTACIÓN:

- Permitir el consumo de alimentos que culturalmente estén indicados, siempre y cuando no hayan contraindicaciones médicas.
- Evitar ayunos prolongados, especialmente después del parto.
- Es preferible dar alimentos calientes

TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMALES

AVANCES EN SALUD MATERNO NEONATAL Basado en la evidencia

Sistematización de la estrategia integral en salud materno perinatal (Año 2001)

APOYO A LA MUJER:

- Ofrecer toda la información y explicación que ella desee
- Proporcionar atención durante el trabajo de parto y el parto en un nivel en que la mujer se sienta segura y confiada
- Proporcionar apoyo empático durante el trabajo de parto y el parto
- Facilitar la buena comunicación entre los proveedores de atención, la mujer y sus acompañantes

- El proporcionar apoyo físico y empático continuo se asocia con el trabajo de parto más corto, menor necesidad de medicamentos y de analgesia epidural, y menor número de partos quirúrgicos

WHO, 1999

PRESENCIA DE UN FAMILIAR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: CONCLUSIÓN

contar con el apoyo de un familiar durante el trabajo de parto mejora los resultados del mismo.

Madi et al, 1999

MEJORES PRÁCTICAS: TRABAJO DE PARTO Y PARTO

- Utilizar métodos no invasivos y no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto (masaje, técnicas de relajación, etc.)
 - Menor uso de la analgesia; típica razón de probabilidad: OR de 0,68 (IC 0,58–0,79)
 - Menor número de partos vaginales quirúrgicos: OR de 0,73 (IC del 95% 0,62–0,88)
 - Menor incidencia de depresión postparto a las 6 semanas: OR de 0,12 (IC 0,04–0,33)

- Ofrecer líquidos por vía oral durante todo el trabajo de parto y el parto

Neilson 1998.

- Posición durante el trabajo de parto y el parto:
 - Permitir libertad de posición y de movimiento durante el trabajo de parto y el parto
 - Promover cualquier posición no supina:
 - Acostada de lado
 - De cuclillas
 - De manos y rodillas
 - Semisentada
 - Sentada
 - Permitir el uso de la posición erguida o lateral en contraste con la posición supina o litotómica se asocia con:
 - Duración más corta del segundo período del trabajo de parto (5,4 minutos; IC del 95% 3,9–6,9)
 - Menor número de partos instrumentados (OR de 0,82; IC 0,69–0,98)
 - Menor número de episiotomías (OR de 0,73; IC 0,64–0,84)
 - Menor número de informes de dolor severo (OR de 0,59; IC 0,41–0,83)
 - Menor incidencia de patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal (OR de 0,31; IC 0,11–0,91)
 - Mayor incidencia de desgarros perineales (OR de 1,30; IC 1,09–1,54)
 - Pérdida de sangre > 500 ml (OR de 1,76; IC 1,34–3,32)

Gupta and Nikodem, 2000

PRÁCTICAS DE RUTINA PERJUDICIALES:

- Uso de enema: en posición incómoda, puede lesionar el intestino, no altera la duración del trabajo de parto, incidencia de infecciones neonatales o infecciones de heridas perinatales
- Afeitado de la región púbica: molestias al recrecer el vello, no reduce las infecciones, puede aumentar la transmisión del VIH y la hepatitis
- Lavado del útero después del parto: puede ocasionar infecciones, trauma mecánico o shock

- Exploración manual del útero después del parto, igual

Nelson 1998; WHO 1999

OTRAS PRÁCTICAS PERJUDICIALES:

- EXÁMENES:
 - Examen rectal: incidencia similar de infección puerperal, incómodo para la mujer
 - Uso rutinario de la pelvimetría radiográfica: aumenta la incidencia de leucemia en la infancia
- POSICIÓN:
 - Uso rutinario de la posición supina durante el trabajo de parto
 - Uso rutinario de la posición litotómica con o sin estribos durante el trabajo de parto
- ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA EN CUALQUIER MOMENTO ANTES DEL PARTO DE TAL MANERA QUE NO PUEDA CONTROLARSE SU EFECTO
- ESFUERZOS MATERNO CONTINUOS Y GUIADOS DE PUJAR DURANTE EL SEGUNDO PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO
- MASAJE Y ESTIRAMIENTO DEL PERINEO DURANTE EL SEGUNDO PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO
- PRESIÓN FÚNDICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Eison et al 2000

PRÁCTICAS INAPROPIADAS:

- RESTRICCIÓN DE LOS ALIMENTOS Y LÍQUIDOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
- INFUSIÓN INTRAVENOSA RUTINARIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
- EXÁMENES VAGINALES REPETIDOS O FRECUENTES, ESPECIALMENTE POR MÁS DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN
- TRASLADO RUTINARIO DE LA MUJER PARTURIENTA A UNA HABITACIÓN DIFERENTE AL INICIARSE EL SEGUNDO PERÍODO
- INSTAR A LA MUJER A QUE EMPUJE AL DIAGNOSTICARSE LA DILATACIÓN TOTAL O CASI TOTAL DEL CUELLO UTERINO, ANTES DE QUE ELLA SIENTA EL DESEO DE PUJAR
- ADHESIÓN RÍGIDA A CIERTA DURACIÓN ESTIPULADA PARA EL SEGUNDO PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO (POR EJEMPLO, 1 HORA) SI LAS CONDICIONES MATERNAS Y FETALES SON SATISFACTORIAS Y SI SE OBSERVA PROGRESO EN EL TRABAJO DE PARTO
- USO LIBERAL O RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA
- USO LIBERAL O RUTINARIO DE LA AMNIOTOMÍA

Nielson 1998; Ludka and Roberts 1993

PRÁCTICAS UTILIZADAS POR INDICACIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS

- CATETERISMO DE LA VEJIGA
- PARTO QUIRÚRGICO
- CONDUCCIÓN CON OXITOCINA
- CONTROL DEL DOLOR MEDIANTE AGENTES SISTÉMICOS
- CONTROL DEL DOLOR MEDIANTE ANALGESIA EPIDURAL
- MONITOREO ELECTRÓNICO CONTINUO DEL FETO

ESTRATEGIAS PARA SUPERAR BARRERAS:

- CULTURAL
- DISTANCIAS
- FALTA DE PRIORIDAD A LA MATERNIDAD
- ECONÓMICA

LOGROS:

- Parturientas mas satisfechas por el trato brindado: “se sienten como en su casa”
- Nueva actitud del personal de salud, hay mayor satisfacción por mayor demanda
- Se ha fortalecido el trabajo con parteras tradicionales
- Se establece una relación mas “horizontal” entre el proveedor y el usuario, que impacta sobre el conjunto del servicio

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN:

- Reuniones de consulta con diversos públicos
 - Gestantes y madres lactantes
 - Personal de salud
 - Parteras Tradicionales
- Sensibilización y capacitación del personal
- Cambios en el ambiente físico
- Cambios en las rutinas de atención

CONDICIONES PARA EL ÉXITO:

- Trabajo en equipo
- Sistematizar, evaluar y socializar la experiencia
- Incorporar información y comunicación social
- Recoger permanentemente opinión de usuarios y agentes comunales
- Compromiso de autoridades
- Trabajo extensivo

LIMITACIONES:

- Resistencias del personal de salud
- Falta de trabajo en equipo
- Rotación continua del personal
- Reducción de horas de trabajo
- Limitado apoyo de autoridades
- Escasa difusión del proceso

TRABAJO CON PARTERAS TRADICIONALES:

- El objetivo es promover el parto atendido por profesional
 - Aliadas(os) del establecimiento de salud
 - Promoción del Control Pre natal. Referencia de casos.
 - Capacitación en el reconocimiento de signos de alarma
 - Referencia oportuna al establecimiento con capacidad resolutive
- Acompañamiento en la atención en el establecimiento de salud
 - Capacitación en la atención del “parto limpio” y atención inmediata del recién nacido, en ciertas condiciones(distancias, no riesgos, no complicaciones)

**BARRERA GEOGRÁFICA:
“CASAS DE ESPERA MATERNAS”**

Instaladas en áreas rurales con escaso acceso a servicios de salud

- No son una extensión del servicio de salud.
- Condición: participación social.

Instaladas próximas a un establecimiento de salud con capacidad de resolver complicaciones o referir a otros establecimientos con mayor capacidad

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

- Monitoreo en el servicio y comunidad
 - Mapeo de gestantes.
 - Radar de gestantes.
 - Registro de seguimiento por comunidades..
- Comités Comunitarios de Apoyo
- Traslado de casos

Información – Educación – Comunicación:

- Comunicación interpersonal
- Estrategias masivo comunicacionales: Animación cultural

RESULTADOS:

El 75% de mujeres entrevistadas percibe que la calidad de atención en los servicios en la provincia de Paruro ha mejorado. La calidad se ha definido como “buen trato” y respeto a sus costumbres.

ANEXO N° 5

GLOSARIO DE TERMINOS Y CONCEPTOS SOBRE INTERCULTURALIDAD EN SALUD

ARTICULACION: Conjunto de prácticas y procesos continuos de acercamiento, dialogo y respeto de las personas a fin de fortalecer nuestros conocimientos y prácticas.

COMUNIDAD: Es la agrupación de personas que comparten un mismo espacio las mismas creencias y costumbres, son poblaciones pequeñas y buscan objetivos comunes, y tienen un jefe común por ejemplo el APU

COMUNICACIÓN EN SALUD: Es una estrategia que permite informar al público sobre asuntos de salud y promover estilos de vida saludables

COSMOVISIÓN: Es la manera de cómo las personas comprendemos, interpretamos y vemos el mundo que nos rodea en relación hombre –naturaleza

ENFERMEDAD: Es el desequilibrio que se produce en nuestro cuerpo y como respuesta nuestro cuerpo se manifiesta a través del dolor/ es la alteración de la plenitud y armonía de la vida del ser humano consigo mismo, con otro ser humano (familia, comunidad, pueblo), con la naturaleza, y con el principio genésico o creado

ETNOCENTRISMO: Acto de entender y evaluar otra cultura acorde a los parametros de nuestra propia cultura.

IDENTIDAD: Es la capacidad de sentirse orgulloso de lo que somos, conocer y practicar nuestras costumbres sin avergonzarnos.

IDIOMA: Lengua de un pueblo o nación

LENGUAJE: Es un conjunto de signos estructurados que dan a entender unas cosas, también lo utilizamos como vehículo para la comunicación de las ideas.

LENGUA: Manera en que un grupo o sociedad utiliza el lenguaje verbal acorde a su región, forma de vivir y comportarse, es el modo de decir o nombrar las cosas.

MEDICINA TRADICIONAL: Son los conocimientos que usan en la comunidad para curar las diferentes enfermedades siendo respaldadas en las experiencias compartidas a través del tiempo.

MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA: es el conjunto de diversos conocimientos ancestrales, sustentado en cosmogonías y cosmovisiones propias de las distintas nacionalidades y pueblos, organizados en sistemas de diagnóstico y tratamiento, en espacios de recuperación. Sus preparados y técnicas de curación, incluidas las ceremonias rituales, no causan daño, estimulan y aceleran reacciones bioquímicas y bioenergéticas del organismo, con lo cual se alcanza el equilibrio físico, mental y espiritual.

MEDICINA ACADEMICA: Se le denomina a los conocimientos y prácticas que se han adquirido a través de la formación académica y/o Universitaria, como resultados de investigaciones.

PROMOCION DE LA SALUD: Es juntar los esfuerzos de la comunidad, agentes de la medicina tradicional, promotores y personal de salud para mejorar la salud y el bienestar de las personas que viven en nuestra comunidad.

SALUD: Depende de la particular cosmovisión y cultura de cada nacionalidad o pueblo. Sin embargo, resulta posible destacar en común, las siguientes líneas generales vinculadas a este concepto: *la plenitud y armonía de la vida del ser humano consigo mismo, con otro ser humano (familia, comunidad, pueblo), con la naturaleza, y con el principio genésico o creador.*

SISTEMAS DE MEDICINAS TRADICIONALES DE LAS NACIONALIDADES Y PUEBLOS INDÍGENAS: varios conjuntos de conocimientos, tecnologías y recursos humanos propios, fundamentados en la sabiduría ancestral y colectiva, organizados en torno a particulares cosmovisiones del mundo y legitimados por sus propios pueblos y nacionalidades. Sus prácticas diagnósticas, de tratamiento de las enfermedades, de

promoción, prevención y recuperación de la salud, se desenvuelven en un marco de interrelación de elementos naturales, éticos, espirituales y cósmicos, en un tiempo y espacio sacralizados.

ANEXO N°6

PARTICIPANTES DE LOS TALLERES QUE SE REALIZARON EN LA CIUDAD DE QUITO CON LA FINALIDAD DE CONSTRUIR LA GUIA “ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD”

Dra. Nilda Villacrés, PRO-AUS
Dra. Anita Huachi, PRO-AUS
Dra. Mirian Conejo, Jambi Huasi, de Otavalo
Dr. Guillermo Barragán, DNSPI
Dr. Antonio Orquera, Dirección Provincial Salud Tungurahua
Dr. Amilkar Albán, Director proyecto RIOS.
Dr. Wilfrido Torres, Departamento de Salud Indígena Provincial, Pastaza.
Dr. Raúl Mideros, Universidad Andina Simon Bolivar
Dr. Fernando Calderón, Director Área de Salud de Guamaní, Quito
Dr. Didier Lacaze, Fundación Flora Sana – PROMETRA (Puyo, Pastaza).
Dr. Manuel Cujilema, Coordinador regional, Subsecretaria Regional de Salud Costa Insular.
Dra. Luz Marina Vega, Comité MTI del CIS Gobierno local de Cotacachi
Dra. Teresa Jaramillo, Directora Cantonal de Salud, Cotacachi
Lic. Cepeda Dolores, Salud Intercultural DPS Guayas
Lic. Matilde Farinango, S.I. DPS Pichincha
Lic. Anita Montufar, Hospital Chimborazo
Lic. Manuela Mercedes, DPS Imbabura
Lic. Maria de Lourdes Freire, Dirección Provincial de Tungurahua
Tayta Jaime Pilatuña, Coordinador del Cto. Munay Yachay, Universidad Intercultural Amantay Wasi.
Sr. German Rodríguez, MSP.
Sr. Marcos Brawn Cabeza, CODAE
Sr. Víctor Tapia, Subsecretaria Regional Costa Insular.
Sr. Kar Atamaint, becario OACNUDH
Sra. Sara Constante – RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización y Atención del Parto Natural).
Sr. Mario Gallo, DNSPI

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcon AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil. 2003;131(9):1061-5.
2. Athias R, Machado M. [Indigenous peoples' health and the implementation of Health Districts in Brazil: critical issues and proposals for a transdisciplinary dialogue]. Cad Saude Publica. 2001; 17(2):425-31. [Portuguese]
3. Bedoya E, Galarza, Glave M, Grande V. Amazonas: Lineamientos Estratégicos de Desarrollo. Plan Binacional del Desarrollo de la Región Fronteriza Perú – Ecuador, 2003.
4. Cass A, Lowell A, Christie M, Snelling P, Flack M, et al. Sharing the true stories: improving communication between aboriginal patients and healthcare workers. MJA 2002; 176: 466-70.
5. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP-OPS/OMS, Montevideo – Uruguay, División Internacional DID – Universidad de Calgary – Canadá. Manual de Salud Materno Perinatal para Promotores Comunitarios. Segunda Edición. Canadá. 1998.
6. Committee on Pediatric Workforce. Ensuring culturally effective pediatric care: implications for education and health policy. Pediatrics 2004; 114: 1677-85.
7. Cook CT, Kosoko-Lasaki O, O'Brien R. Satisfaction with and perceived cultural competency of healthcare providers: the minority experience. J Natl Med Assoc 2005 Aug; 97(8): 1078-87.
8. CODENPE. Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador: Reconstitución de las Nacionalidades y Pueblos para el Fortalecimiento de las Circunscripciones Territoriales Indígenas –CTI-. Quito. (s/f).
9. CONAIE. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Políticas de Salud para Pueblos Indígenas. Doc. Interno. Quito, 2006.
10. CONAIE. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Plan Estratégico de Salud. Mimeo, Quito, 2003.
11. Consejo Nacional de Salud: Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Documento interno. Quito, octubre 2005.
12. Culma C. Fortalecimiento y promoción de la medicina tradicional de los pueblos Pijao y Paéz del Tolima – Colombia. La Iniciativa de la Comunicación; Diciembre 2005. En: <http://comminit.com/la/descripciones/lapdscolom>
13. Davinson G, Jélvez I, Yáñez S. Investigación del diseño de un programa de salud intercultural para indígenas. Bases para una propuesta de un seguro indígena. Fundación de Desarrollo Educativo La Araucanía y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Santiago de Chile 1997.
14. Deruyttere A. Pueblos indígenas, recursos naturales y desarrollo con identidad: riesgos y oportunidades en tiempos de globalización. [fecha de acceso: mayo 2006] Disponible en:
15. Desarrollo Humano: Desarrollo sostenible en el Río Santiago. Línea Base. Plan Binacional de Desarrollo de la Región fronteriza Perú-Ecuador. Lima, Septiembre 2003.
16. Diehl EE. [Health problems among the Kaingang (Xapeco Indigenous Reserve, Santa Catarina) and the health care system]. Cad Saude Publica. 2001;17(2):439-45. [Portuguese]
17. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional mexicana y su relación intercultural con la medicina institucional. Secretaría de Salud – Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México, 2002.
18. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Propuesta acertada: 'Aporte de la antropología médica y el enfoque intercultural en Salud en la formación de estudiantes de ciencias de la salud'. Secretaría de Salud México. Documento de trabajo. 2004.

19. Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas DNSPI, Ministerio de Salud Pública. Proyecto de Ley: Las Medicinas Tradicionales de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador. NINA Comunicaciones. Quito-Ecuador. 2001.
20. El Cantón Cotacachi. CIS-Fundación Sembrando. Cotacachi, Ecuador.2002
21. Duarte-Gomez MB, Brachet-Marquez V, Campos-Navarro R, Nigenda G. Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México; el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Pública Mex. 2004; 46(5):388-98.
22. Durie M. Providing Health Services to indigenous peoples. BMJ 2003 Oct 25; 327(7421): 988.
23. El Jambi Huasi, Área de Salud de la FICI, Dra. Myriam Conejo, Directora Ejecutiva, jambihua@im.pro.ec
24. Fernández, G. Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas. Agosto 2004. Ediciones Abya – Yala, Quito – Ecuador.
25. Garnelo L, Sampaio S. [The sociocultural basis for indigenous peoples' health advocacy: problems and issues in the Northern Region of Brazil]. Cad Saude Publica. 2003; 19(1):311-7. [Portuguese].
26. Gattinara BC, Lbacache J, Puente CT, Giaconi J, Caprara A. [Community perception on the quality of public health services delivery in the Norte and Ichilo districts of Bolivia]. Cad Saude Publica. 1995; 11(3):425-38. [Portuguese]
27. Horner R, Salazar W, Geiger J, Bullock K, Corbie-Smith G, et al. Changing healthcare professionals' behaviors to eliminate disparities in healthcare: What do we know? Who might we proceed?. Am J Manag Care 2004; 10:sp 12-19.
28. Informe Técnico Final. Comunidades Nativas Puerto Galilea y Chapiza. Tercera Intervención. Programa sostenible de Promoción de la Salud en Comunidades Amazónicas. UNICEF-INS/CENSI. Lima, Mayo 2003.
29. Kirkham SR. The politics of belonging and intercultural health care. West J Nurs Res. 2003; 25(7):762-80.
30. La Interculturalidad en el Sistema Cantonal de Salud. Habilitación de Parteras Indígenas. Ecuador 2005
31. Lacaze D. Medicina tradicional de los pueblos indígenas. Experiencia en unidades operativas del oriente ecuatoriano. En: <http://arutam.free.fr/Etnomedx.htm>
32. Lacaze, Didier. Experiencias de Articulación en la Amazonía Ecuatoriana. Presentado en "Seminario Internacional de Etnomedicina" Bogotá, Julio-Agosto del 2002.
33. Lavadenz F, Schwab N, Straatman H. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. Rev Panam Salud Publica 2001; 9(3): 182-8.
34. London RF, Anderson PM, Gill PS, Greenfield SM. Educating medical students for work in culturally diverse societies. JAMA 1999; 282: 875-80.
35. Mashego TA, Peltzer K. Community perception of quality of (primary) health care services in a rural area of Limpopo Province, South Africa: a qualitative study. Curationis. 2005; 28(2):13-21.
36. Mayca J, Medina A, Niño de Guzmán A, Silva J. Promoción de la salud en comunidades nativas, una experiencia en poblaciones awajum y wampis. Revista Peruana de medicina experimental y salud pública (supl.) Lima 2003.
37. Medina A, Mayca J, Wong L. Embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajum y wampis. Revista peruana de medicina experimental y salud pública (sup.) Lima 2003.
38. Medina A. Guía de comunicaron intercultural Castellano Awajun, Gobierno Regional de Amazonas- PARSalud, Jaen Perú – Enero 2006
39. Medina A. Comunicación Intercultural Castellano Wampis, UNICEF – (mimeografiado), Lima Octubre 2006
40. Médicos Sin Fronteras- España, MSP- Ecuador, Unión de Organizaciones Campesinas de Cotacachi, Mendizábal Tannia, Medicina Tradicional e Interacción de Sistemas Médicos en las Comunidades Andinas del Cantón Cotacachi. Ecuador. 1998.
41. Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Salud. Taller Internacional: Camisea y la Protección de la Salud en los Pueblo Indígenas. Cuzco – Perú, Mayo 2005.

42. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Proyecto de Ley: Las medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas de Ecuador. Marzo 2006.
43. Ministerio de Salud Pública del Ecuador- MSP-, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud, OPS, Organización Mundial de la Salud OMS, USAID, UNICEF, PROANDES. Manual de Capacitación de la Partera Tradicional. Edición MSP/UNICEF. Ecuador. 1995.
44. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud –OPS-. Inicio del Proceso de Acreditación de Hospitales en el Ecuador. Ecuador. 2001
45. Ministerio de Salud Pública. Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Institucionalización del Mejoramiento continuo de la Calidad en el PMGYAI. Ecuador. 2002.
46. Ministerio de Salud Pública – Consejo Nacional de Salud: Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Abya Yala, julio, 2005.
47. Ministerio de Salud Pública – Proyecto MODERSA: Manual de Normas de Licenciamiento de los Servicios de Salud. Quito, abril, 2004.
48. Ministerio de Salud Pública – Dirección Nacional de Áreas de Salud: Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud. Quito, julio, 2000.
49. Ministerio de Salud Pública – Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas: Mapa Estratégico 2005-2009 de la DNSPI. En prensa.
50. Ministerio de Salud Pública – Proyecto MODERSA: Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y Usuarios. Quito, abril, 2004.
51. Ministerio de Salud Pública – OPS/OMS – MODERSA: Modelo de Atención Integral de Salud. Quito, junio, 2004.
52. Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (Decreto Ejecutivo No. 2717, Registro Oficial No. 566, 15 abril, 2005.
53. Ministerio de Salud Pública – Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud: Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador. Quito, septiembre, 2005.
54. Ministerio de Salud Pública – OPS/OMS - Proyecto MODERSA: Programa de Extensión d Cobertura en Salud. Quito, mayo 2004.
55. MotherCare USAID. Lograr la Maternidad sin Riesgos, la Experiencia de MotherCare en Guatemala, Bolivia y Ecuador- 1989-1993. Oficina de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID. Guatemala. 2000.
56. Nigenda G, Mora-Flores G, Aldama López S, Orozco-Nuñez E. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. Salud Pública de México 2001; 43(1): 41-51.
57. OPS/OMS: Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington D.C. EUA. Septiembre 2002.
58. Organización Panamericana de la Salud. [monografía en internet]. Sistematización e intercambio de experiencias en la organización y gestión de servicios de salud descentralizados para poblaciones indígenas. Proyecto CTP 2004-05 N° 32. [fecha de acceso: 11 de mayo 2006]. disponible en: www.paho.org/spanish/d/csu/IF-COLECU-200405-32.pdf.
59. Oyarce AM. [Medical systems which coexist in the Novena region of Chile: a general description]. Enfoques Aten Prim. 1988; 3(3):37-45. [español]
60. Page JT. Política sanitaria y legislación en materia de medicina indígena tradicional en México. Cad Saude Publica. 1995; 11(2):202-11.
61. Pedersen D. La Medicina Tradicional en el Sistema formal de Salud, Documento presentado en II° Congreso Internacional de Medicina Tradicional, Lima, Julio de 1988.
62. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador. Noviembre 2001. [fecha de acceso: mayo 2006] Disponible en:
63. Robalino, María Elena, Hermida, Jorge. Sistema de Mejoramiento .Contínuo de la Calidad de las Prestaciones que contempla la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

- Estándares e Indicadores. Ministerio de Salud Pública. Quality Assurance Project. Quito-Ecuador. Diciembre 2002.
64. Santarelli C. Individuos, Familias y Comunidades. Iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo”. OMS. Ginebra. Noviembre 2002.
 65. Smith SE. Increasing transcultural awareness: the MacMaster-Aga Khan-CIDA Project Workshop Model. *J Transcult Nurs* 1997 Jan – Jun; 8(2): 23-31.
 66. Sistema Cantonal Descentralizado de Salud – Consejo Cantonal Intersectorial de Salud: Plan Cantonal de Salud de Cotacachi 2005-2011.
 67. Sistema Cantonal Descentralizado de Salud – Consejo Cantonal Intersectorial de Salud: La Interculturalidad en el Sistema Cantonal de Salud, Habilitación de las Parteras Indígenas. Cotacachi, 2005.
 68. Taylor S, Lurie N. The role of culturally competent communication in reducing ethnic and racial healthcare disparities. *Am J Manag Care* 2004; 10: sp1-4.
 69. Traverso-Yepez M, de Morais NA. [Demanding respect for the subjectivity of public health system clients: towards humanization of health care]. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(1):80-8. [Portuguese].
 70. Ugalde A. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. *Soc Sci Med* 1985;21:42-53.
 71. Ulrey KL, Amason P. Intercultural communication between patients and health care providers: an exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Commun*. 2001;13(4):449-63.
 72. Van Wieringen JC, Harmsen JA, Bruijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health* 2002; 12(1): 63-68.
 73. Zambrana RE, Molnar C, Munoz HB, Salas Lopez D. Cultural Competency as it intersect with racial/ethnic-linguistic, and class disparities in manager healthcare organizations. *Am J Manag Care* 2004; 10: sp 37-44.