



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Arteaga, Erika Lorena; San Sebastián, Miguel; Amores, Alfredo
Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud
intercultural del cantón Loreto, Ecuador
Saúde em Debate, vol. 36, núm. 94, julio-septiembre, 2012, pp. 402-413
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador

Participatory construction of indicators of an intercultural health model in Loreto county, Ecuador

Erika Lorena Arteaga¹, Miguel San Sebastián², Alfredo Amores³

¹ Doctor in Public Health at University of South Florida – Tampa (FL), Estados Unidos; Movimiento por la Salud de los Pueblos – Quito, Ecuador.
erika.arteaga@fos-andes.org

² Doctor of Medicine; Associate professor at Umeå International School of Public Health – Umeå, Sweden.
miguel.sansebastian@epiph.umu.se

³ Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Estadual de Cuenca – Cuenca, Ecuador; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de las Salud Pública, Ecuador.
alfredoamores@hotmail.com

RESUMEN Desarrollar indicadores para medir la implementación de un modelo de salud intercultural con la participación de usuarios indígenas y proveedores de salud indígenas y no indígenas. **Métodos:** Investigación con acción participativa. Estudio de caso del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, provincia Orellana, en Ecuador. **Resultados:** Fueron identificados 32 indicadores agrupados en cuatro dimensiones: comunicación y lenguaje; provisión de servicios; servicios integrados con la cultura local y intercambio de conocimientos y experiencias. **Conclusiones:** El estudio incorporó puntos de vista indígenas no considerados en la estrategia de salud intercultural nacional y que, en muchos casos, son relacionados con la calidad del servicio más que con un tema de diferencia cultural.

PALABRAS CLAVE: Interculturalidad; Salud Indígena; Ecuador.

ABSTRACT To develop indicators for measuring the implementation of an intercultural health model, with indigenous users and indigenous and non-indigenous health providers. **Methods:** Participatory action research. A case study of the intercultural health model was conducted in Loreto county, Orellana province, Ecuador. **Results:** Thirty-two indicators were identified, and divided into four dimensions: communication and language; health services provision; health services integrated with the community's culture and knowledge, and exchange of experiences. **Conclusions:** This study incorporated point of views of indigenous users and providers that have not been previously considered in the national intercultural health strategy. In many cases, they are related to the quality of service rather than being a matter of cultural difference.

KEYWORDS: Interculturality; Indigenous health; Ecuador.

Introducción

La población indígena de las Américas es compuesta de 45 a 50 millones, la cual pertenece a más de 600 grupos étnicos. Sólo en la región Andina se ubican aproximadamente 20 millones de indígenas principalmente de las etnias Kichwa y Aymara, concentrados en tres países: Bolivia, Perú y Ecuador (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2008). A pesar de ser los antiguos propietarios de la tierra, en el contexto regional, los indígenas del continente presentan los peores índices en salud (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2008). Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el promedio de mortalidad infantil de los niños indígenas en América Latina es un 60% mayor que el de aquellos no indígenas (48 por 1.000 nacidos vivos en comparación con 30 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente). La brecha es mayor respecto de la probabilidad de morir antes de los cinco años de vida, con una sobremortalidad del 70% entre los indígenas (CEPAL *et al.*, 2010).

Desde hace dos décadas, los procesos de reforma del sector de la salud en América Latina han incluido en su debate el eje de la interculturalidad, en la medida en que se ha aceptado que para enfrentar el complejo perfil epidemiológico de la población indígena y lograr mejores condiciones de salud, el paradigma puramente médico occidental ha resultado insuficiente. Así, en el área Andina, tanto en Perú (MINSA *et al.*, 2007) como en Ecuador (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; FONDO DE LAS NACIONALES UNIDAS PARA LA POBLACIÓN, 2010) y Bolivia (TAPIA; DELGADILLO, 2008), se recogen experiencias de adaptación cultural de los servicios de salud, particularmente para el establecimiento del parto vertical y buscando la reducción de la mortalidad materna.

En Ecuador, el debate ha girado en torno al reto de clarificar el concepto y de proponer políticas interculturales de salud, que sirvan de insumo para diseñar los planes y propuestas nacionales y adaptarlos a las características de diversidades cultural, social y geográfica del país. Por lo tanto, en 1999 se creó la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI) para el reconocimiento, promoción, desarrollo y regulación

de la medicina alternativa y tradicional, así como para cumplir con el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas (ORTEGA, 2007). Para el 2006 se promovían las Guías de Adaptación Cultural de los Servicios de Salud, desarrolladas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), en el contexto de la propuesta del Aseguramiento Universal de Salud (AUS). A pesar de que ni el AUS ni dichas guías fueron implementados a nivel nacional, la DNSPI reporta escasos ejemplos de adaptación cultural de los servicios de salud, como casas de parto construidas desde una concepción local y la práctica del parto vertical (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2008).

En el 2008, una nueva constitución en el país fue aprobada, cuyos pilares básicos son la interculturalidad y la equidad de género y generacional. Bajo el paraguas de cambio promovido con el nuevo Gobierno, desde el MSP se plantea un nuevo modelo de salud familiar, comunitario e intercultural, en el marco de la transformación del sector salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la interculturalidad como:

El concepto [que] involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa. (RAMÍREZ HITA, 2009, p. 15).

Sin embargo, lo más importante es que la interculturalidad tiene un profundo trasfondo político-transformador, pues

intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, tanto en la vida cotidiana como en las instituciones sociales, un con-vivir de respeto y legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. (WALSH, 2008, p. 41).

En ese contexto y a pesar de que tanto los componentes comunitarios como familiares del modelo de salud se hallaban descritos con precisión y se implementaban con equipos básicos de salud tanto rurales como urbanos, cuando nos enfrentamos a las estrategias de implementación del componente intercultural en las distintas provincias del país, éstas son inexistentes (MIDEROS, 2009).

Para junio del 2010 fue redefinido el modelo como Modelo de Atención Integral e Integrado en Salud (MAIS) y aunque se habla del enfoque intercultural como un pilar de la Atención Primaria en Salud (APS) y supone ésta como eje del modelo, el nuevo MAIS enfatiza el seguimiento de actividades propuestas en la comunidad con prioridad en caravanas preventivas de población concentrada, la estructuración de asociaciones de usuarios, una APS en parroquias seleccionadas para

trabajar en vigilancia comunitaria y, principalmente, el reforzamiento de la red pública de salud con el fortalecimiento de hospitales básicos (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2010). De este modo, en el período entre el 2010 y el 2011, el ‘enfoque intercultural’ e incluso del trabajo en comunidad se dejan de lado, con inversión y focalización importante de esfuerzos hacia los servicios de salud de tercer nivel.

El modelo de salud intercultural del cantón Loreto

En el cantón Loreto, provincia de Orellana (Figura 1), se ha venido trabajando por más de una década en un sistema de salud integral propio construido desde las organizaciones (AMORES, 2008).

Figura 1. Mapa de Ecuador localizando la provincia de Orellana en el círculo intermitente



El modelo conceptual del ‘Sistema de Salud Integral’ de Loreto, representado por una casa, tiene cinco ejes o ‘pisos’ que constan, cada uno, de diversos componentes (Anexo). El modelo de Salud Intercultural es el segundo ‘piso de la casa’ (Anexo) y consiste en tres pilares: racionalización de la atención curativa; promoción y prevención de salud y el fortalecimiento del sistema de salud indígena.

En este modelo, los especialistas, tratantes y médicos rurales/comunitarios del sistema Occidental se articulan con los *Yachaks*¹, *Pajuyus*², parteras comunitarias y la medicina casera del sistema de salud indígena a través de la comunidad (familias, promotores de salud y mujeres líderes) en un espacio que brinda diálogo de saberes, complementariedad y cuya meta es la interculturalidad (AMORES, 2008).

El fortalecimiento del Sistema de Salud Indígena en Loreto se concreta con la sistematización del modelo de atención de salud indígena, la capacitación y organización de promotores de salud locales, la conformación de una red de parteras tradicionales relacionada con el sistema occidental, la promoción de la organización de grupos de mujeres líderes — comités de usuarias de servicios de salud — y de la recuperación de plantas medicinales y sus usos en el cantón.

Para el 2008 se adecuó la infraestructura del Centro de Salud (CS) de Loreto y se implementó la ‘Casa Intercultural del Parto’ (RantiparipakWachachinaWasi) por donde rotan a cada 15 días parteras pertenecientes a la red de parteras tradicionales de la Organización de Comunidades Kichwas de Loreto (OCKIL), y atienden partos de acuerdo a la norma técnica para atención del parto vertical culturalmente adaptado.

La apertura de la ‘Casa Intercultural del Parto’ incrementó en un 60% la atención de los partos en el CS de Loreto del 2007 al 2008. De los partos atendidos en 2008 el 34% fueron verticales comparados con apenas el 14% en el 2007. La atención por parteras tradicionales capacitadas aumentó del 2007 al 2009 en todas las prestaciones y del total de pacientes atendidas por parteras en el CS Loreto un 57% fueron pacientes kichwas

en el primero y segundo semestres del 2009 (CRESPO, 2010).

El modelo en Loreto cuenta con una red de servicios de salud adaptados a la realidad local organizada, que tiene como participantes varios sectores, entre las que se encuentran el estado (MSP), el municipio, las organizaciones comunitarias y las organizaciones no gubernamentales que actúan en la zona (AMORES, 2008).

Es parte importante de la organización del modelo el Consejo Cantonal de Salud de Loreto, que agrupa los diversos actores que trabajan en salud en el Cantón y cuenta con 14 representantes de diversos sectores, desde las juntas parroquiales hasta las organizaciones de promotores.

A pesar de que en Ecuador existen varias experiencias de implementación de modelos de salud intercultural, no existen mecanismos para medir su impacto o su realización progresiva. Esta investigación pretendió aportar con líneas estratégicas e indicadores de calidad desarrollados en forma participativa, a partir de la experiencia en el cantón Loreto, a la implementación del componente intercultural del nuevo modelo de salud promocionado por el MSP en la provincia de Orellana.

Métodos

Ubicación del estudio

El estudio se realizó en el cantón Loreto, provincia de Orellana. La cabecera cantonal, Loreto, está ubicada a 45 minutos de la capital de Orellana, El Coca, en la Amazonía ecuatoriana. En su primera fase, el estudio aconteció en el CS del cantón Loreto que corresponde al área 3 de la Dirección Provincial de Salud de Orellana – MSP. El área 3 cuenta con nueve unidades operativas (DPS, 2008) distribuidas en el cantón.

El 80% de la población del cantón era kichwa y el 20% era mestizo. Para el 2010, el cantón contaba con 21.163 habitantes y el 89% era población rural (INEC, 2010). Según datos proporcionados por estadística del

¹Yachaks: shamans, hombres de sabiduría.

²Pajuyu: persona con cierto poder en las manos, por ejemplo, alivia dolores de cabeza.

área de salud de Loreto, el área 3 ha triplicado el número de atenciones desde el 2006. En el 2006 se registraron 18.000 atenciones, en 2007, 25.000, en 2008, 48.000 y, ya para el 2009, 56.000 pacientes fueron atendidos en las nueve unidades operativas del área 3. Este incremento se corresponde con la implementación de la gratuidad en los servicios de salud públicos, promulgada en la Constitución de 2008.

Diseño

El diseño metodológico elegido fue el de investigación-acción participativa, en el cual el investigador se involucra activamente para mejorar una práctica o situación particular en su propio contexto. El enfoque de este estudio fue el estudio de caso, que permite investigar un fenómeno particular en su contexto (CRESWELL, 2007).

El estudio se inició con la revisión del contexto (definición de salud intercultural, nuevo modelo de atención del MSP con enfoque intercultural, modelo de salud intercultural en Loreto) con los tres grupos de actores involucrados: prestadores de salud no indígenas (personal administrativo y personal de salud del área 3 – Loreto), prestadores de salud indígenas (promotores, parteras, pajuyus, agentes tradicionales de salud) y usuarios/as de los servicios (líderes y lideresas de las comunidades, organizaciones o de los comités de usuarias).

En el primer momento se discutieron barreras y se aportó con recomendaciones por parte de los usuarios y prestadores — indígenas y no indígenas — de los servicios de salud respecto de la implementación del componente intercultural en Loreto en cinco ámbitos: brigadas de salud, atención curativa, promoción y prevención, trabajo con parteras, trabajo con promotores y con lideresas. Las recomendaciones elaboradas por los usuarios de servicios de salud fueron analizadas por los prestadores indígenas y no indígenas y viceversa, de modo que se instauró un diálogo con los involucrados en el modelo de salud intercultural de Loreto y se establecieron compromisos con los prestadores de la red de servicios de salud. Dichos compromisos fueron traducidos en forma participativa — tanto por usuarios como por prestadores indígenas y no indígenas — en indicadores de

lo que aquellos/as entendían por interculturalidad en la práctica dentro del marco del modelo de salud intercultural en Loreto.

De esta forma, se contribuyó a alcanzar acuerdos entre las partes acerca de la implementación del programa intercultural en salud y a una posible evaluación del mismo, con criterios participativos producidos por los distintos actores locales. Estudios previos realizados en Chile con usuarios Mapuche concluyeron que, para que la adecuada implementación de la política intercultural a nivel local se dé, no sólo un consenso en el significado de salud intercultural es necesario, sino además un diálogo continuo entre iguales tendiente a la búsqueda de la conciliación que la ruptura y conflicto del concepto de interculturalidad genera es crucial (ALARCON *et al*, 2004).

En un segundo momento se afinaron los indicadores elaborados y se seleccionaron indicadores clave de calidad. La suya selección se realizó con cada grupo de actores por separado para profundizar los criterios del grupo y se incorporaron como actores líderes y lideresas de barrios y comunidades tanto kichwas como mestizos.

Posterior a la selección de indicadores, se construyeron cuestionarios destinados a varios niveles del sistema de salud provincial: director/a de área, jefes de unidades operativas, representante del consejo cantonal de Loreto y grupos organizados de parteras.

La aplicación de las herramientas permitiría comparar los grados de desarrollo de las experiencias de salud intercultural en la provincia de Orellana. Se realizó un piloto con encuestas a: 4 jefes de unidad operativa; 1 departamento de epidemiología de la dirección provincial de salud de Orellana; 40 parteras y 1 representante del Consejo Cantonal de Salud de Orellana. El análisis de los resultados se realizó en Excel, con columnas que incluían opciones de sí o no, opciones numéricas y categorizando las observaciones.

El estudio contó con el apoyo de la Dirección Provincial de Salud de Orellana y la aprobación de su Comité de Ética. Se solicitó consentimiento oral informado a todos los participantes en la investigación. Los resultados de la misma se devolvieron al

presidente del Consejo Cantonal de Salud y a las organizaciones de parteras y promotores.

Resultados

Los resultados del primer taller arrojaron una tabla compleja con 23 indicadores elaborados desde el punto de vista de los prestadores de servicios indígenas, 11 desde los no indígenas y 24 indicadores desde la visión de las/los usuarias/os kichwas de los servicios de salud.

Adicionalmente, se identificaron en forma participativa cuatro dimensiones en las que se podían agrupar las recomendaciones sugeridas: comunicación e idioma; prestación de servicios de salud; integración con la comunidad y intercambio de experiencias.

Para el segundo momento se agruparon los indicadores en 29 celdas, de acuerdo a las dimensiones preestablecidas (comunicación e idioma – cinco, prestación de servicios – nueve, integración a la comunidad – ocho e intercambio de experiencias – siete). Un total de 7 de las 29 celdas contenía dos o tres indicadores relacionados entre sí; se eliminaron algunos indicadores que se superponían con otros. Los participantes conocieron que de las 29 celdas se seleccionarían/desagregarían indicadores de calidad puntuales (clave) que permitieran evaluar el modelo de salud intercultural.

Los indicadores de calidad se enmarcaron en las líneas estratégicas desarrolladas a partir de las barreras/oportunidades más importantes y se agruparon de acuerdo a las cuatro dimensiones previamente identificadas, las cuales aparecen detalladas en el Cuadro 1.

Quadro 1. Dimensiones, líneas estratégicas e indicadores para evaluar el modelo de salud intercultural del cantón Loreto

| Dimensión | Líneas estratégicas | Indicadores |
|-----------------------|---|---|
| Comunicación e idioma | Capacitar en kichwa amazónico a personal de servicios de salud y contar con traducción apropiada durante el flujo de atención. | <ul style="list-style-type: none">• UO y brigadas con acceso a traductores español – kichwa/idioma nativo;• número de personal capacitado en kichwa, shuar y huao básico con enfoque en salud;• número de personal en UO. |
| | Comunicación en salud en ambos idiomas e implementación de variadas formas de transmitir mensajes de promoción/prevención (videos, dramatización, títeres, mimo). | <ul style="list-style-type: none">• Número de UO con rótulos o trípticos informativos de los servicios que presta cada unidad de salud en idiomas kichwa y español, número de UO;• % de actividades educativas en las UO que utilizan formas alternativas de enseñanza (teatro, drama, video, títeres o mimo);• % de material didáctico y de información elaborados y entregados a las 76 comunidades del cantón en los dos idiomas;• % de comunidades que han recibido mensajes de revalorización de la cultura kichwa. |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Prestación de servicios de salud | Revitalización de atención primaria en salud con énfasis en la promoción y en el trabajo comunitario, teniendo sistemas de información apropiados. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de mapas parlantes de comunidades actualizados por los actores (prestadores y usuario) a cada trimestre, número de comunidades; • número de unidades de salud que cuentan con un mapa de actores sociales, elaborado participativamente, número de UO; • número de UO que han analizado fichas familiares de acuerdo a lineamientos del área de salud 3, número de UO; • número de perfiles epidemiológicos comunitarios realizados, número total de UO; • número de UO que conocen las acciones que cumplen los agentes tradicionales en comunidades (parteras y promotores) de acuerdo a su perfil. |
| | Trabajo en los servicios de salud, centro de salud y UO, con la salud como derecho. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de talleres en buen trato destinados al personal de salud y a los usuarios/as de servicios de salud; • número de UO que cuentan con sistema de quejas, reclamos y sugerencias, implementado y respondiendo efectivamente al usuario; • número de reuniones bimestrales de planificación participativa con la comunidad en UO, número de reuniones de planificación anuales (seis); • número de UO que cuentan con sistema de información de asistencia – planificación de asistencia, cantidad de UO; • número de UO con espacios o prácticas culturalmente adecuados que influyan en la satisfacción de los pacientes, número de UO; • número de comunidades con comités de usuarias que realizan veeduría para controlar el abastecimiento de medicamentos y rendición de cuentas del personal de salud, 76 comunidades. |
| | Participación y empoderamiento de las comunidades | <ul style="list-style-type: none"> • Número de comunidades con responsables de salud participando activamente en reuniones de planificación participativa, cantidad total de comunidades; • número de comités de usuarias formados y de comunidades; • número de consejos parroquiales conformados participando activamente en el Consejo Cantonal de Salud y de parroquias. |
| Integración con la comunidad | Personal de salud conoce cultura local, costumbres, alimentación, geografía, tradiciones de la zona y se integra a la comunidad. poderamiento de las comunidades | <ul style="list-style-type: none"> • Número de personal kichwa en el área de salud y del personal total del área; • número de personal que recibe curso de inducción (interculturalidad, cultura local, planificación participativa, funciones y normas) en área 3 y total de personal; • % de personal de área 3 que conoce principios de sistema de salud indígena; • número de unidades de salud que cuentan con un listado de agentes tradicionales y de las operativas; • reuniones participativas de la UO con la comunidad realizadas, reuniones participativas con la comunidad programadas (cuatro al año); • % de UO que coordinan efectivamente trabajo intra y extramural con la comunidad. |
| | Compromiso de la comunidad en un esfuerzo para reconocer al otro y acoge/confiar nuevamente en el personal de salud que trabaja en la zona. | <ul style="list-style-type: none"> • % de las comunidades que preparan comida típica y comparten con los EBAS en un año; • % de participación de cada representante en las reuniones de planificación y evaluación de actividades del Consejo Cantonal de Loreto. |

| | | |
|------------------------------|---|---|
| Intercambio de conocimientos | Revalorización de la cultura kichwa: lengua, manejo de plantas, tradiciones en salud tanto para kichwas como para mestizos. | <ul style="list-style-type: none"> • # de comunidades que han recibido mensajes de revalorización de la cultura kichwa (salud intercultural –promotores); • % de los auxiliares de enfermería que conocen y aplican medicina tradicional; • número de talleres de fomento de la medicina tradicional realizados en cada comunidad. |
| | Intercambio de experiencias y conocimientos en respeto mutuo y equivalencia de poder. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de reuniones anuales para intercambio de saberes de conocimiento (promotores –parteras con personal de salud) y reuniones programadas; • % personal de salud capacitado por parteras tradicionales en la atención del parto culturalmente adecuado; • % de las parteras que reportan sentirse bien en la pasantía en el CSL en tres meses; • número de personal de UO que ha realizado giras de observación a la comunidad para intercambio de experiencias y observar interacción del yachag en su medio; • número de unidades de salud que cuentan con manuales de medicina tradicional; • número de UO que cuentan con huerto de plantas medicinales y han sido capacitadas en su manejo; • número de UO que cuentan con huerto de cultivos de la zona y fomentan recuperación de saberes alimentarios en el marco de una alimentación saludable. |

UO: unidades operativas; EBAS: Equipos Básicos de Atención Social Primaria; CSL: Confederación de Seguridad Local.

Fonte: Elaboración propia

Los indicadores destacados por el grupo de prestadores indígenas como de usuarios/as indígenas se relacionan, en su mayoría, con la calidad de los servicios de salud: acceso a medicación, buen trato a los pacientes, disponibilidad de médicos en áreas lejanas a través de brigadas y regulación de su asistencia a las unidades de salud.

Un indicador común que refleja una misma barrera percibida por prestadores indígenas o no indígenas y por los usuarios/as indígenas participantes es la capacitación en idioma local al personal de salud o la necesidad de un traductor durante el flujo de atención, hasta la llegada a un hospital de tercer nivel en la capital.

Los indicadores destacados por el grupo de prestadores de salud no indígenas se refieren al requerimiento de contar con mapas epidemiológicos comunitarios y con la participación de la población, tanto en la elaboración de dichos mapas como en la planificación de las actividades de las unidades de salud.

Discusión

El presente estudio recoge la necesidad de una construcción común que refleje la implementación del discurso de interculturalidad y el respeto por el otro en las políticas de salud. De esta manera, propuestas prácticas como las de Oyarce y Pedrero (2006) abordan de la adopción del enfoque intercultural en epidemiología en varios grados. Para tales autores, el enfoque intercultural incluye un diagnóstico en el que se reconoce, valora y recoge la diversidad de intereses y necesidades de los pueblos indígenas y de los equipos de salud, incorporando no solo las categorías indígenas de salud (enfermedad a nivel descriptivo y analítico), sino la participación en el proceso de investigación de representantes indígenas.

Estándares de calidad para acreditación de centros y hospitales ya han sido discutidos en Bolivia, en sus pautas para la política de salud intercultural del

Vice-ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (PAZ *et al*, 2010), que incluyen: capacitación intercultural del personal de salud obligatoria; empleo de la lengua indígena local; oficinas interculturales; señalética cultural; participación indígena en la gestión; arquitectura consensuada; alimentación regional; albergues comunitarios; diálogos respetuosos con médicos tradicionales; empleo de plantas tradicionales; atención humanizada e intercultural del parto; equipamiento con elementos locales (hamacas, cueros etc.); horarios flexibles y facilidad de apoyo espiritual y acompañamiento religioso.

Tanto en el caso boliviano como en los indicadores de interculturalidad en la evaluación de un servicio de salud, desarrollados por Fernández (2006) en Venezuela, la comunicación, la formación del personal de salud en diversidad cultural y la participación indígena en la gestión en salud concuerdan con los indicadores desarrollados en Loreto. Fernández (2006) añade la inclusión de la variable etnia en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, que es necesaria para la evaluación de los servicios.

Un estudio realizado por Alarcón *et al* (2004) evidenció las diferencias que existen en los puntos de vista de proveedores no indígenas y usuarios mapuche en Chile. Para los mapuche, la falta de acceso, la discriminación de los equipos de salud y la inequidad en la atención en salud eran problemas prioritarios, mientras que para los proveedores, los principales problemas se relacionaban con la falta de conocimiento sobre la cultura mapuche y la escasa formación proporcionada por las universidades en el tema. Al igual que con los usuarios mapuche, un problema principal percibido por los usuarios/as indígenas del cantón Loreto fue el maltrato en los servicios de salud y la limitación en el acceso a los servicios por falta de personal o medicación. Esto ocurre en un contexto en el que existe una alta rotación de personal, que rebasa el compromiso de un equipo núcleo local, respondiendo a un enfoque intercultural.

Dentro de los desafíos, en el estudio se encontró que la prioridad del enfoque intercultural depende de la voluntad política de los directivos del MSP, la cual, así como la variación constante de las políticas de salud que conllevan el cambio de autoridades, dificultó la implementación de una herramienta para la evaluación

del MSI. La prueba piloto realizada a varios niveles (jefes de unidad operativa, Departamento de Epidemiología de la Dirección Provincial de Salud de Orellana, grupos organizados de parteras, Consejo Cantonal de Salud de Orellana) permitió confirmar la poca relevancia del compromiso en salud intercultural. La salida de la Ministra de Salud y el relevo del personal de la Dirección Provincial de Salud de Orellana, que apoyaba la investigación, influyeron en que ninguno de los compromisos realizados durante la investigación fuera llevado a la práctica. De esta manera, no existieron ni formas comunicacionales diversas en kichwa y en español y mucho menos reuniones de planificación participativa con actores de salud ancestral. Adicionalmente, con el cambio del modelo de salud, las brigadas de visita a las comunidades se eliminaron, los equipos básicos de salud cambiaron sus roles, y el Consejo Cantonal de Salud quedó paralizado. De esta forma, del alrededor de 34 de las preguntas elaboradas en un cuestionario, solo fue posible responder menos de diez y estas últimas reflejaban realidades logísticas concretas (cantidad de unidades de salud y de personal indígena) más que indicadores de interculturalidad.

Soluciones simples en forma de intervenciones puntuales de salud como mejor oferta de servicios materno-infantiles no resuelven las brechas importantes. Existen factores claves que deben reconocerse para mejorar la situación de salud de las poblaciones indígenas de América Latina como: la apropiación violenta del territorio, el desplazamiento, la discriminación, la explotación petrolera y minera en los territorios, y la falta de reconocimiento de las instituciones y tecnología/conocimiento indígena (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006).

El artículo 360 de la Constitución narra que:

el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (ECUADOR, 2008, p. 165),

pero una falta de entendimiento de la cosmovisión indígena es común.

Rodríguez (2006) menciona que las disparidades recurrentes, por ejemplo en el área de salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas en el Ecuador, podían explicarse desde dos ángulos distintos: debido a la falta de educación de las mujeres indígenas y a su resistencia a acudir a los servicios de salud, así como a su falta de preocupación hacia su estado de salud y/o debido a discriminación, por barreras de lengua y falta de respeto a su privacidad durante parto. La educación médica en el Ecuador incluye un limitadísimo entrenamiento en diversidad cultural y competencia cultural (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2002), acompañado por la evidente falta de apreciación de una cosmovisión de salud diferente a la occidental y ‘científica’, provocando el personal de los servicios de salud a responder a la lógica de la primera explicación.

El modelo opera entonces bajo viejos paradigmas, pues las normas maternas y neonatales y los protocolos de la guía técnica para el parto culturalmente apropiado publicados en agosto de 2008 únicamente reconocen un cuidado institucionalizado y de especialidad como de calidad y seguro, desconociendo el rol de las parteras tradicionales en el sistema de salud (MIDEROS, 2008).

La guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado, como paquete normativo que acompaña al plan para la reducción acelerada de la muerte materna constituye un esfuerzo institucional por formular normas de atención obstétrica, usando un enfoque intercultural de forma sistemática. Posteriormente, la aplicación del enfoque intercultural ha tenido su continuación y profundización en el Paquete Normativo de Atención Integral de la Salud de Adolescentes, emitido por el MSP, en el 2009. Esta normativa se destaca por su tratamiento del concepto de interculturalidad, así como por incluir herramientas para que los profesionales de salud se familiaricen con aspectos culturales de la atención (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2010).

Pese a los grandes pasos dados por el MSP en materia de atención intercultural, los protocolos que hacen práctico el enfoque intercultural se reducen a la atención del parto, de modo que la interculturalidad queda reducida al parto vertical. Adicionalmente, un reto es la aplicación de la norma, pues muchas veces aquello

queda a discreción del profesional. Otro tema pendiente es el rol y la articulación de los agentes de salud tradicional en relación al Sistema Nacional de Salud (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2010). Un verdadero esfuerzo en interculturalidad será evidente cuando las declaraciones y el enfoque intercultural vayan más allá de la aplicación de normas. Es un retroceso, por ejemplo, el que la antigua DNSPI hoy sea un Subproceso de Medicina Intercultural dependiente del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, que implica menor capacidad de decisión y de consecución de presupuesto.

Conclusiones

La investigación acción participativa con usuarios/as y prestadores indígenas requiere paciencia. En un ambiente de confianza generado por el personal de Loreto comprometido con la equidad en salud, fue posible conocer las barreras de acceso de los usuarios/as indígenas y sus posibles soluciones.

Fueron identificados 32 indicadores agrupados en cuatro dimensiones. La gran mayoría de preocupaciones de los usuarios/as, líderes/lideresas y promotores/as indígenas se refirieron a la calidad del servicio de salud más que al componente cultural de la oferta. De las cuatro dimensiones, tres de ellas (comunicación e idioma, integración con la comunidad e intercambio de conocimientos) estuvieron relacionadas con la cultura local. Sin embargo, una dimensión importante fue la propia prestación de servicios de salud, en el marco de la APS. Cabe entonces reflexionar sobre las afirmaciones de Ramírez Hita (2009) en el caso boliviano:

Cuando una persona de la comunidad recurre a un puesto de salud lo que realmente quiere es ser atendido por un médico (con capacidad resolutiva) porque, de querer recurrir al terapeuta tradicional, ya conoce donde vive y en qué casos debe acudir a él, dentro de la diversidad de formas de atención que existen en la zona. El problema por el cual la población no recurre a los centros de salud es porque estos no

solucionan sus problemas. (RAMÍREZ HITA, 2009, p. 13).

Además de lo anterior, es necesario resaltar la importancia de la voluntad política, no sólo para una adecuada oferta de servicios de salud de calidad, sino para la implementación de un enfoque intercultural, que trascienda las relaciones de dominación y discriminación de modo que el concepto de ‘interculturalidad’ no aparezca como una “forma de dominación social desde el Estado, a través de un discurso apaciguador y reconocedor de las diferencias [...] como estrategia para neutralizar el conflicto étnico entre sujetos y grupos diferentes” (RAMÍREZ HITA, 2009, p. 21). De hecho, la falta de voluntad política es una

de las principales barreras para asentar procesos locales, tanto en relación a la sostenibilidad de un modelo de salud intercultural, como a la evaluación de su implementación.

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias a la apertura y colaboración de los líderes y lideresas del cantón Loreto, a la OCKIL, a la Asociación de Promotores de salud ‘Jampi Kuna’, a los grupos de parteras tradicionales de Loreto, al equipo técnico comprometido del área de salud 3, a particularmente Jeannina Crespo y Nancy Tito y al Consejo Cantonal de Salud de Loreto. ■

Referências

- ALARCON, A.M. et al. Política de salud intercultural desde la perspectiva de proveedores de servicios de salud y de clientes Mapuche. *Revista Médica de Chile*, v. 132, n. 9, 2004, p. 1109-1114.
- AMORES, A. *Revitalizando la Salud para Todos: Atención de Salud Comunitaria Intercultural en la Amazonía Ecuatoriana*. Bogotá, 25 de septiembre, 2008.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. 2010. Disponible em: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/41668/LCW346.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2011.
- CRESPO, J. *Informe del Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud de la Nacionalidad Kichwa en el Cantón Loreto 2008–2010*. Período Junio 2008 – Enero 2010. Loreto, 2010. Mimeo.
- CRESWELL, R. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, California: Sage, 2007.
- DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE ORELLANA (DPS). *Rendición de Cuentas*. Coca: DPS, 2008.
- ECUADOR. Asamblea constituyente. Constitución del ecuador. 2008. Disponible em: <http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2011.
- FERNÁNDEZ, E. Indicadores de interculturalidad. 2006. Disponível em: <<http://culturaysalud.blogspot.com/20060/indicadores-de-interculturalidad.html>>. Acesso em: 5 dez. 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INEC). Censo Nacional del Ecuador 2010. Disponível em: <<http://www.inec.gob.ec/home>>. Acesso em: 8 dez. 2011.
- MIDEROS, R. *Transformar la Salud en el Ecuador: ¿Y de qué manera? A las puertas del Cuarto Congreso por la Salud y la Vida*. Loja, MSE, 2009.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP). La Salud Intercultural ya es de todos. *El Comercio*, Suplemento Institucional, Octubre 5, 2008.
- _____. Resumen ejecutivo Modelo de Salud 2010. Disponible em: <http://www.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/Modelo_de_Atencion/RESUMEN_EJECUTIVO_MODELO_SALUD_2010.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2011.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – (MSP); FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA POBLACIÓN – (UNFPA). Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural: Hospital de Otavalo, 2010. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ec/sitio/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&Itemid=75&id=27:salud-reproductiva-con-enfoque-intercultural-hospital-de-otavalo>. Acesso em: 7 dez. 2011.

- MONTENEGRO, R.A.; STEPHENS, C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*, v. 367, 2006, p. 1859-1869.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Reunión Regional Octubre, 2008: Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (Documento de Trabajo)*. Quito: OPS/OMS/Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas, 2008.
- ORTEGA, F. Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Ed). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/MSP/CONASA, 2007, p. 414-423.
- OYARCE, A.; PEDRERO, M.M. *Perfil epidemiológico básico de la población aymara del servicio de salud Arica*. Serie Análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de Chile no. 1. Santiago: MINSAL, 2006.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Harmonization of Indigenous and Conventional Health System in the Americas: Strategies for incorporating indigenous perspectives, medicines, and therapies into primary health care*. Washington DC: Division of Health Systems and Services Development, 2002.
- PAZ, M.; GONZÁLEZ, D.; GAMBIRAZIO, Z. Normas y regulaciones sobre pertinencia cultural de los servicios y la atención en salud materna: estado de arte y retos pendientes en tres países andinos. In: FERNÁNDEZ, J. (ed). *Interculturalidad y Ejercicio de los Derechos en la Subregión andina con énfasis en la Salud Sexual y Salud Reproductiva para el fortalecimiento del Sumak Kawsay*. Quito: MSP, 2010.
- RAMÍREZ HITA, S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá Revista de Antropología*, v. 14, 2009, p. 1-28.
- RODRÍGUEZ, L. Enfoque intercultural en salud sexual y reproductiva en el Ecuador. In: FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ed). *Enfoque Intercultural y de Género en Salud Materna*. Quito: UNFPA, 2006, p. 17-30.
- TAPIA, I.; DELGADILLO, O. *El modelo de salud intercultural del municipio de Tinguipaya*. 2008. Disponível em: <<http://www.utlamerica.org/wp-content/themes/pdf/it/7/5/parte2.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2011.
- WALSH, C. *Interculturalidad, Estado, Sociedad: luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito: UASB/AbyaYala, 2008.

Recibido para publicação em Abril/2012

Versão definitiva em: Agosto/2012

Suporte Financeiro: Umeå Centre for Global Health Research, financiado por FAS (2006-1512).

Conflito de interesses: inexistente