

# **Políticas públicas para el reconocimiento de la diversidad cultural y étnica y el ejercicio del derecho a la salud: Modelos interculturales de salud Ecuador<sup>1</sup>**

Lily Rodríguez<sup>2</sup>

## **1. INTRODUCCION:**

El objetivo de este trabajo es hacer un acercamiento a las políticas públicas de salud y su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de pueblos históricamente excluidos de los servicios debido a factores sociales, económicos y culturales, como son los pueblos indígenas. Las políticas públicas al desconocer la diversidad cultural y étnica de nuestros países, aplicaron políticas homogéneas destinadas a atender las demandas de una población heterogénea. En el campo de la salud, son evidentes las brechas en el acceso y calidad de los servicios de salud particularmente para las mujeres indígenas, lo cual a su vez tiene efectos en las altas tasas de mortalidad materna e infantil en la región. En los últimos años debido a cambios políticos, sociales y culturales que se suceden en algunos países de la subregión andina como Ecuador, esta situación empieza a reconocerse y tratarse en la políticas públicas. En el campo de la salud, se están desarrollando “modelos” interculturales de salud que buscan la interacción del sistema de salud occidental y los sistemas de salud indígena en la búsqueda de reducir las brechas y facilitar el acceso a los servicios públicos por parte de los pueblos indígenas.

## **2. POLITICAS PUBLICAS PARA PUEBLOS INDIGENAS**

Las políticas públicas se ubican en el complejo campo de las negociaciones y transacciones económicas, sociales y culturales. Si las políticas públicas son la expresión de la manera cómo se organiza el Estado y se toman decisiones que afectan al conjunto de ciudadanos, podríamos decir que el Estado ecuatoriano adoptó políticas que por mucho tiempo invisibilizaron a una parte de su población. De la invisibilización de los pueblos indígenas, se pasó a políticas asimilacionistas e integracionistas que intentaban conciliar la modernidad y el desarrollismo con la integración de los indios a la sociedad. La integración se basaba en el “atraso” de los pueblos indígenas y la supuesta superioridad de las élites blanco mestizas, así como la necesidad de integrarlos al modelo de desarrollo vigente. Esta visión permeó la acción del Estado ecuatoriano y sus instituciones que hasta los años noventa no se plantearon políticas de reconocimiento de derechos.

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba del 16 al 19 de noviembre 2010.

<sup>2</sup> Representante Auxiliar del Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Ecuador.  
[lrodriguez@unfpa.org](mailto:lrodriguez@unfpa.org)

La Constitución de 1998, reconoce por primera ocasión que el Ecuador es un país pluricultural y multiétnico y reconoce la existencia de pueblos indígenas que se definen como Nacionalidades. Entre los derechos reconocidos estaba el derecho a las prácticas, sistemas y conocimientos de la medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares sagrados, plantas, animales y ecosistemas.

Con este antecedente, el Estado ecuatoriano a través del Ministerio de Salud ofrece una respuesta a las demandas de los pueblos indígenas. En 1993, empieza a considerar la situación específica de los pueblos indígenas, generando instancias dentro del Ministerio de Salud, que posteriormente en 1999 dan lugar a la creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.

La Constitución del 2008, reconoce que el Ecuador es un país intercultural y plurinacional, lo cual coloca en la agenda pública la interculturalidad como un eje transversal que cruza toda política pública. La Constitución del 2008 reconoce los derechos colectivos incluido el derecho a la salud que “ se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia, precaución, y bioética y enfoque de género y generacional” (Constitución Política, art. 32)

El Plan Nacional del “Buen Vivir”, marca un avance sustantivo en el reconocimiento de derechos, e integra la concepción del Sumak Kawsay, Buen vivir en la política pública. Partiendo de una crítica al paradigma de la Modernización y del Progreso y a la visión unilineal del Desarrollo, el Plan recupera el pensamiento ancestral del Bien estar, de la vida plena, del colectivo y de la comunidad. El Plan plantea un reto a la política pública, “amplía derechos y libertades, oportunidades y potencialidades de los seres humano comunidades, pueblos y nacionalidades y garantiza el reconocimiento de las diversidades para alcanzar el porvenir compartido” (Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013)

Es en este marco que se plantea como política pública el “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos” (Política 3.5)

Para el cumplimiento de esta política se propone:

- a) Incentivar la investigación sobre prácticas y conocimientos ancestrales y alternativos.
- b) Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada.
- c) Introducir en la malla curricular de los programas de formación profesional en salud contenidos que promuevan el conocimiento, la valorización y el respeto de los saberes y conocimientos ancestrales y alternativos.
- d) Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud.
- e) Generar y aplicar normativas de protección de los conocimientos y saberes ancestrales del acervo comunitario y popular.

### **3. SISTEMAS DE SALUD, OPUESTOS O COMPLEMENTARIOS?**

### **3.1. Sistemas de medicinas tradicionales indígenas y afroecuatorianas**

Los sistemas de salud son las prácticas fundadas en los conocimientos que utilizan los pueblos indígenas para mantener la armonía de los individuos con sus comunidades y con el universo que los rodea. Estas prácticas responden a la lógica interna de cada pueblo y son un producto de su visión singular del universo (cosmovisión). (Wara Alderete 2004, pp 73)

Para la cosmovisión indígena la salud es el “estar bien” o Allicai, en equilibrio con la naturaleza, con los otros seres vivos y con los otros humanos. El centro de todo es la naturaleza, la Pachamama y lo que ella encierra. El cosmos es la casa común de todos los seres vivos. El equilibrio y la salud están relacionadas con los humanos, los espíritus y las fuerzas de la naturaleza. Lo humano no está separado de lo biológico, psicológico, espiritual y social. Lo humano es uno y como tal debe ser tratado. La curación o el restablecimiento de la salud, requiere de puentes (chakana) que pongan en contacto en macrocosmos y el microcosmos. Allí el rol de los terapeutas o Yachags es fundamental para diagnosticar y curar.

Según este principio, todos los elementos que conforman la totalidad, están relacionados entre sí, son seres animados que se complementan, relacionan y autorregulan. La lógica de la relacionalidad tiene como bases a la correspondencia y la complementariedad.

La correspondencia se refiere a la relación armoniosa entre el macrocosmos y microcosmos, entre lo que está arriba y abajo, la vida y la muerte (Yánez 2005). Igualmente el principio de la dualidad complementaria o Karywarmikay hace referencia a la presencia de un polo opuesto que implica la presencia del otro, los complementarios que no se contraponen. Estos opuestos complementarios en la sabiduría indígena permiten la coexistencia de partes contrarias y complementarias expresadas en una tercera entidad que es el todo.

El principio de reciprocidad o Ayni se refiere al intercambio de dones o favores que son los que permiten vivir en completo equilibrio con la naturaleza y los seres humanos. “primero hay que dar, para recibir”, marca los tiempos y espacios indígenas a la vez que da vida al aprendizaje y al intercambio de saberes.

Esta breve descripción de los principios de la cosmovisión de los pueblos y su aplicación a la salud, muestran que el bienestar y la salud son el reflejo del equilibrio con la naturaleza donde la intermediación del mundo de creencias y la percepción de la realidad están presentes. Las culturas tradicionales están llenas de contenidos ligados a la experiencia, que muchas veces se alejan de la lógica occidental positivista. Para los pueblos indígenas estos procesos deben ser entendidos de manera contextual, lo individual debe estar unido a lo social, y donde el desequilibrio que afecta a los diferentes ámbitos de la vida, sean naturales, sociales o divinos, debe ser restaurado en su multidimensión física y espiritual.

La medicina indígena “liga el rito de sanación con los mitos primigenios de lo humano, lo natural y lo divino, en los cuales los rezos, las invocaciones, los pases mágicos, son parte del ritual de sanación. El sanador es un mediador que ejerciendo el rito, conecta el mito, al tiempo que ejercita las distintas dimensiones del acto curativo vinculando seres

humanos, comunidad, naturaleza y divinidad” (MSP, Revista Salud Intercultural No. 1, julio 2009).

Lo importante es reconocer que existe todo un sistema de salud indígena basada en los principios indicados que se dirige a mantener o restablecer la salud, con terapeutas indígenas y parteras especializados que gozan de reconocimiento y prestigio dentro de sus comunidades. A diferencia de la medicina occidental, la cosmovisión indígena privilegia un enfoque comunitario y no individual para atender la salud. Empezando por la familia, la familia ampliada, los vecinos, la comunidad que cumplen diferentes roles para ayudar a restaurar el equilibrio y la salud.

Si la cosmovisión indígena de la salud es diferente de la cosmovisión occidental, cuál es la posibilidad entonces de diálogo entre estos saberes?

El primer paso consiste en reconocer la diversidad de saberes evitando la tentación eurocéntrica de creer que lo único que existe o lo único válido es el pensamiento occidental. Desmontar la hegemonía del conocimiento occidental y estar abiertos al pensamiento complejo “que asume a la vez, principios antagónicos, concurrentes y complementarios e incorpora tanto el orden como la incertidumbre, lo aleatorio y lo eventual” (Moreno 2003). Reconocer que se necesita superar un modo de conocimiento y pensamiento, lineal, cuantitativo, hiperespecializado y fragmentado, ciego a los contextos globales. En palabras de Morin “hace falta una reforma en cadena del entendimiento y esta reforma supone una revolución paradigmática, el reto de nuestro tiempo es pensar de otra manera lo que hasta ahora hemos venido pensando unilateral y excluyentemente, es decir, la razón, el hombre, la historia, la sociedad” .

#### **4. POLITICAS DE SALUD: CAMBIOS HACIA LA GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD**

El Ministerio de Salud Pública enfrenta el reto de reducir las brechas de inequidad entre población mestiza, indígena, afroecuatoriana, montubia, considerando las brechas actualmente existentes.

En cuanto a salud reproductiva, la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e infantil (ENDEMAIN 2004), proporciona información valiosa sobre la salud reproductiva de las mujeres y menores de cinco años en el Ecuador. Para evidenciar las brechas de salud reproductiva, mostraremos algunos datos con relación a población indígena y no indígena.

Cuadro No. 1

**SALUD MATERNA DE MUJERES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS  
EN ECUADOR**

<b>Salud Materna</b>	<b>Mujeres Indígenas</b>	<b>No indígenas</b>	<b>Total nacional</b>
Control prenatal	61.5	86.8	84.2
Atención del parto Institucional	30.1	80.2	74.7
Control postparto	15.4	37.7	36.2
Papanicolau	13.5	33.0	31.4
Uso de métodos anticonceptivos	47.2	74.7	72.7

Fuente: Endemain 2004.

Por qué se mantienen brechas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas en comparación con las no indígenas? Las respuestas pueden ser variadas dependiendo del interlocutor. Para el personal de salud de las instituciones públicas el problema puede estar en la falta de educación de las mujeres, en su resistencia a acudir a los servicios de salud pese a que están disponibles, a la ignorancia y la falta de preocupación por su propia salud. Para las mujeres indígenas podría deberse a otras razones como la pobreza, la distancia geográfica, la falta de confianza en los servicios, o la discriminación cultural y étnica que perciben en el trato que reciben.

En el contexto de los cambios que enfrenta el país, a partir de la aprobación de la Constitución del 2008, el Ministerio de Salud ha tomado iniciativas importantes para desarrollar y poner en práctica políticas de salud interculturales. Una primera decisión fue el fortalecimiento de Salud Intercultural con la creación de departamentos de salud indígena en 18 provincias. Al momento se analiza la conformación de una Subsecretaría de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos.<sup>3</sup> Las líneas de trabajo que actualmente lleva a cabo el subproceso de Salud Intercultural al interior del Ministerio de Salud son las siguientes<sup>4</sup>:

1. Fortalecimiento de las Medicinas Tradicionales
2. Desarrollo y fortalecimiento de modelos interculturales de salud
3. Incorporación de las medicinas alternativas y complementarias en la oferta de los servicios de salud.

<sup>3</sup> La Subsecretaría podría expresar la voluntad política de las autoridades para desarrollar una política de salud intercultural.

<sup>4</sup> Revista del Ministerio de Salud, Salud Intercultural No. 1, Quito, Julio 2009

4. Sensibilización y participación ciudadana para el fortalecimiento del Sumak kawsay en la reconstrucción del nuevo runa-ser humano.

Entre los instrumentos desarrollados por el Ministerio de Salud, para garantizar a la población y en particular a las mujeres indígenas, servicios de salud culturalmente adecuados están:

- El Modelo de atención integral
- Modelos interculturales de salud
- El Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
- Plan Nacional para la Reducción acelerada de la Mortalidad Materna
- La Guía de parto culturalmente adecuado

## **5. MODELOS INTERCULTURALES DE SALUD**

La propuesta del Ministerio de Salud, de desarrollar modelos interculturales parte del principio de que no existirá equidad en la demanda sin la adecuación cultural de los servicios, y de que “toda persona tiene derecho a la protección de su vida y su salud, y a decidir libremente la alternativa médica de uso para salvaguardarlas. La construcción de los modelos interculturales se presenta como el esfuerzo de interacción sistémica entre las diferentes formas de pensar y hacer salud en un país geográficamente diverso, multiétnico y pluricultural. (MSP, mapa estratégico salud intercultural, 2009-2013)

Con esta consideración se busca superar el modelo formal de salud, caracterizado por ser un “ritual técnico, una aplicación del conocimiento científico a la resolución de la enfermedad. El modelo formal de salud es centralizado y jerárquico, con una tajante separación entre la oferta y la demanda de los servicios. Las unidades operativas son ámbitos de ejecución de las políticas, decididas de manera central. Decisiones de inversión y gasto se encuentran separadas” (MSP, mapa estratégico, salud intercultural, 2009-2013)

En la propuesta del Ministerio de Salud, se buscaría que “los modelos interculturales de salud vinculen las relaciones jerárquicas tanto de los sistemas de medicina ancestrales y alternativas, como del sistema formal de salud”. Las características de los modelos son: a) horizontalidad y cooperación entre culturas sanitarias, b) la interdisciplinariedad en tanto en el hecho curativo intervienen otras perspectivas: antropológica, social, económica, d) complementariedad, supone el uso sincrético de las distintas tecnologías culturales, e) integral e integrado, en tanto el modelo asume el hecho humano en su integralidad.

El modelo intercultural de salud “es una relación de correspondencia entre distintas perspectivas culturales: la del subsistema formal de salud y la de los subsistemas de las medicinas ancestrales y alternativas y complementarias.

## **6. MODELO DE PARTO CULTURALMENTE ADECUADO- HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO**

Otavalo es una ciudad de alrededor de cien mil habitantes en la sierra norte del Ecuador a solo 90 kilómetros de Quito. La ciudad de Otavalo tiene un 52% de población indígena y un 48% de población mestiza. En el año 2003, el cantón Otavalo fue calificado por el Ministerio de Salud Pública como un área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal. Las causas de esta problemática fueron analizadas por el Ministerio de Salud, indicando que “la brecha cultural existente, la concepción de salud de la población indígena y la atención que esperan en el cuidado del embarazo, parto, posparto y la atención del recién nacido, distinta de la que se practica o se concibe en los servicios estatales de salud” serían causas explicativas de los problemas de salud encontrados.

Para enfrentar esta situación, el Hospital San Luis Otavalo inició un proceso de cambios a su interior en el año 2007. Estos cambios se sustentaron en un diagnóstico inicial realizado tanto a usuarias de los servicios como al personal de salud. Como resultado de este diagnóstico se identificaron las brechas entre la oferta y la demanda de los servicios ofrecidos por el Hospital.

Cuadro 2

**RESUMEN SOBRE BRECHAS ENTRE EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES Y LA OFERTA DEL HOSPITAL CON RESPECTO A LA ATENCION DEL PARTO**

<b>Brechas</b>	<b>Mujeres indígenas</b>	<b>Personal de salud</b>
Lengua	Quieren que les hablen en su propia lengua, el Kichwa	El personal en su mayoría no conoce el Kichwa.
Información sobre procedimientos	Las mujeres no comprenden lenguaje técnico sobre los procedimientos y tampoco se les informa	El personal de salud toma decisiones que se las transmite de manera poco comprensible para mujeres con poca escolaridad
Uso de hierbas y Aguas aromáticas	Las mujeres quisieran que en el hospital se permita el uso de aguas aromáticas de acuerdo a	El personal de salud no conoce mucho pero permiten que algunas que

	su costumbre, las que sirven para aliviar el dolor o apurar el trabajo de parto.	solicitan tomen aguas que traen los familiares.
posición del parto	Quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre posición del parto. De preferencia quisiera dar a luz en posición vertical: arrodilladas, en cuclillas o como se acomoden.	No preguntan porque consideran que la posición "natural" es la ginecológica. El parto vertical no se practica porque el persona médico no sabe cómo hacerlo. Las universidades no enseñan estas alternativas ni se prioriza la opinión y necesidades de las usuarias.
Pudor	Las mujeres tienen vergüenza de que se les descubra el cuerpo y que no haya privacidad en el servicio.	El personal médico considera natural pedir que se desvistan y hacerlo en presencia de otras personas como enfermeras, u otro personal del hospital.
Tactos	Las mujeres no quieren que les realicen tactos, más aún cuando son médicos hombres y los realizan de manera repetida.	La realización de tactos es una práctica común en la práctica ginecológica.
Ingreso de familiares	Las mujeres insisten en que los familiares deben ingresar al hospital para ofrecer apoyo moral a la parturienta	Por razones de espacio y de que no es una clínica, el personal no está de acuerdo con el ingreso de



		familiares
masajes	Las mujeres quisieran que se les alivie el dolor con masajes durante la etapa previa a las expulsión	Esta práctica no está incluida en el servicio.
Presencia de la partera	Las mujeres indígenas se sentirían acompañadas con una persona de confianza que generalmente habla su propia lengua y que las ha acompañado durante el embarazo. El ingreso de la partera sería un factor de positivo hacia el hospital para ganar la confianza de las mujeres indígenas y para que el personal pudiera reconocer y aprender del trabajo de las parteras.	Las parteras no pueden entrar al hospital. Hay desconfianza sobre su trabajo y se las culpa de malas prácticas.  Quién asumiría el pago del trabajo de la partera? No es política del hospital ningún tipo relación con las parteras.
Trato a la usuaria	Las usuarias del hospital que tienen experiencia con parteras señalan que se sienten en confianza con ellas porque las tratan bien, y se comunican en su propia lengua.	El trato que perciben en el hospital es impersonal y en ocasiones discriminatorio.
Manejo de la placenta	Una práctica tradicional es el entierro de la placenta generalmente cerca de la casa con un ritual relacionado con el	Se deshecha la placenta sin preguntar a la mujer ni a la familia. Es parte de la rutina hospitalaria.

	<p>bienestar del bebé y de la madre.</p> <p>Los servicios empiezan temprano en la mañana, las usuarias se desplazan de comunidades distantes que tienen pocas frecuencias de transporte.</p> <p>Las mujeres indígenas prefieren atenderse en la misma comunidad para evitar el traslado, el pago de pasajes, y el que en ocasiones no les atiendan porque llegaron tarde.</p>	<p>El hospital atiende en consulta externa a partir de las 8:00 de la mañana para lo cual deben tomar un turno más temprano.</p>
--	---	--

Fuente: "Interculturalidad en salud reproductiva: percepciones y prtácticas de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el hospital San Luis de Otavalo. Lily Rodríguez. Tesis de Maestría en Antropología y cultura. Universidad Politécnica Salesiana. Quito 2009

Frente a la constatación de las brechas indicadas, la Dirección del Hospital decidió iniciar una serie de cambios orientados a ofrecer un modelo de salud intercultural. El Modelo se sustenta en los siguientes enfoques:

#### 6.1 ENFOQUES DEL MODELO

**Enfoque de Derechos:** se reconoce a los usuarios/as como sujetos de derechos. El Ministerio de Salud debe garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos/as.

**Enfoque centrado en las personas:** Se reconoce que la oferta debe ajustarse a la demanda y que es importante considerar los aspectos culturales, visiones y percepciones de las personas en los servicios de salud.

**Enfoque de complementariedad entre medicinas:** Se parte de que existen diferentes enfoques de salud/enfermedad, diferentes prácticas médicas que no se excluyen entre sí,

pero que pueden ser complementarias. Las medicinas tradicionales o alternativas y complementarias como la homeopatía, la medicina china, la quiropraxia entre otras.

**Enfoque basado en evidencias:** Las formas de atención de la salud, deben documentarse, mostrar evidencia de sus efectos. Los modelos interculturales de salud deben mostrar datos cuantitativos y cualitativos que muestren si son eficaces o no y si logran efectivamente mejorar la calidad de los servicios incluyendo el enfoque intercultural.

**Enfoque intercultural:** Basado en el diálogo de saberes y prácticas de las distintas culturas, cada una con su riqueza y sus aportes para mejorar la salud. El diálogo debe ser respetuoso y no la imposición de una concepción o visión en perjuicio de las demás.

## **6.2 IMPLEMENTACION DEL MODELO**

La implementación del modelo de salud intercultural fue discutida en varias reuniones en el Hospital San Luis, a fin de lograr el involucramiento del personal. El modelo trabajó cuatro aspectos centrales:

- a) Sensibilización/capacitación del personal de salud
- b) Adecuación del espacio físico
- c) Fortalecimiento de las redes de atención primaria
- d) Adaptación de normas y protocolos
- e) Incorporación de parteras al sistema de salud

### **a) Sensibilización/capacitación al personal de salud**

Se desarrollaron varias actividades tanto de sensibilización como de capacitación. La sensibilización se realizó a partir de la difusión de los hallazgos del diagnóstico. Fue importante mostrar las evidencias al personal de salud, a fin de motivarlos a realizar cambios en el Hospital. Esta tarea ha sido lenta y con algunas dificultades. Una de ellas fue que el personal de salud se sentía inseguro de ofrecer parto vertical en el hospital, pues es una práctica que no se enseña en las universidades. Esta dificultad se enfrentó mediante capacitación en situ, invitando a profesionales con

experiencia en parto vertical para que acompañaran a los no entrenados, atendiendo partos en posición vertical.

Otra iniciativa fue invitar a las parteras a atender los partos en la sala de parto culturalmente adecuado instalada en el Hospital, quienes junto al médico o a la enfermera podían mostrar cómo se realiza esta práctica.

#### **b) adecuación del espacio físico**

El director del Hospital San Luis tomó la decisión de instalar la sala de parto culturalmente adecuado dentro del Hospital, frente a la sala de partos. De esta manera se facilita la atención dependiendo de la opción que hacen las mujeres sobre la forma de parir.

La sala de parto culturalmente adecuado pese a que está dentro del hospital tiene mobiliario, colores, utensilios familiares a la cultura indígena de Otavalo. Se incluye una pequeña cocineta, plantas medicinales para preparación de infusiones. Como aspecto central la sala ofrece la posibilidad de dar a luz en posición vertical para lo cual se adaptaron barras fijas a la pared, una soga en el techo, una pequeña silla para parto o simplemente una colchoneta.

Además el Hospital señaló todos sus servicios en lengua Kichwa y Castellano a fin de mostrar que se ofrece un servicio intercultural.

#### **c) fortalecimiento de redes de atención primaria**

El Hospital desarrolló una red comunitaria que busca identificar tempranamente los problemas que podrían enfrentar las mujeres embarazadas en una comunidad, durante su embarazo, parto, postparto. Para ello elaboraron con los centros de salud, mapas parlantes que muestran visualmente dónde se encuentran las embarazadas y si se ha detectado alguna señal de riesgo.

#### **f) Adaptación de normas y protocolos**

Como parte del proceso interno del Hospital de adaptar la guía del parto culturalmente adecuado, el personal elaboró un instrumento que detalla los procesos a seguir para la atención del parto culturalmente adecuado. Este instrumento ofrece orientación práctica al personal sobre su qué hacer diario.

### **g) Incorporación de parteras al sistema de salud**

En acuerdo con la Asociación de Parteras de Otavalo y el Hospital, se permite el acceso de parteras que acompañan a mujeres indígenas a los servicios de atención del embarazo o del parto. Las parteras se sienten muy reconocidas de que el Hospital les permita no solo ingresar sino que su relación haya cambiado. Si antes eran maltratadas y no se permitía su ingreso, actualmente están reconocidas, se valora sus conocimientos e intervienen en la atención de los partos acompañadas siempre del personal médico. Las parteras son capacitadas permanentemente por el Hospital, particularmente en temas de reconocimiento de riesgos y las cuatro demoras, así como su colaboración y referencia al Hospital.

Por un acuerdo con el Municipio de Otavalo, las parteras reciben una bonificación por su trabajo. Esta es una medida temporal mientras se define una política oficial del Ministerio de Salud con respecto a su trabajo.

### **Retos**

El modelo intercultural de Salud de Otavalo es una iniciativa novedosa en un hospital público que requiere condiciones tanto políticas, de parte de los decisores tanto de nivel central como del nivel local. Igualmente la implementación del modelo requiere el desarrollo de competencias técnicas por parte del personal de salud para ofrecer alternativas a la forma de atención en especial a mujeres indígenas respetando su cultura y cosmovisión.

El modelo requiere también apertura para revisar de manera crítica los sesgos culturales que inciden en la forma de atención. Este es quizá el mayor reto de este tipo de modelos, cambiar la percepción y la forma de relación entre los prestadores de servicios que usualmente provienen de una cultura, la occidental con sus valores y concepciones de la salud y enfermedad, y la de las usuarias de los servicios que provienen de otra cultura, también con percepciones, prácticas y conocimientos de la salud.

La combinación de las dos visiones desde un enfoque de derechos, respetuoso y sinérgico es el reto que tienen los modelos de salud intercultural.

## **7. Bibliografía:**

Alderete, Ethel (Wara), 2004 Salud y pueblos indígenas. Abya Yala, Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública, 2008 Mapa Estratégico Salud Intercultural 2009-2013.

Ministerio de Salud Pública, 2009 Revista Salud Intercultural No. 1, Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública, 2009 “Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo” versión preliminar.

Secretaría Nacional de Planificación 2009, Plan Nacional para el Buen vivir, Quito, Ecuador.

Mires, Fernando (1992), El discurso de la Indianidad, Ediciones Abya-Yala, Quito

Moreno Juan Carlos (2003), Un marco para la complejidad en Manual de Iniciación Pedagógica al Pensamiento Complejo, UNESCO, Quito, Ecuador.