



FLACSO
ARGENTINA

PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO

MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO

Título de la tesis: Impacto de la salud materna con enfoque intercultural en el desarrollo humano de mujeres indígenas de la provincia de Imbabura entre el año 2008 a 2018

Tesista: Fausto Edwin Cruz Llumiquinga

Director/a de Tesis: Gerardo Seminario Námuch

Tesis para optar por el grado académico de Magister en Desarrollo Humano

Fecha: 15 de noviembre del 2021

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	2
ÍNDICE DE GRÁFICOS	4
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	5
AGRADECIMIENTOS	6
INTRODUCCIÓN	7
Tema y objeto de la investigación	8
Objetivos	10
Metodología	11
CAPITULO I	14
Funcionamiento del Servicio de Salud Materna	14
Servicio de Salud	14
Atención Primaria en Salud Renovada (APS R)	17
El Enfoque de Derechos humanos	18
El enfoque de Genero	19
El Enfoque Intercultural en Salud	21
Salud Materna en la Comunidad	21
CAPITULO II	24
Elementos para la salud materna en la comunidad	24
Sumak Kawsay y Buen vivir	24
Elementos de Salud Indígena Andina	25
<i>Elementos femeninos</i>	25
<i>Elementos masculinos</i>	26
El Enfoque Familiar Comunitario e Intercultural	27
La Visita Domiciliaria	28
CAPITULO III	30
El Desarrollo Humano en Mujeres Indígenas	30
Explorando el Desarrollo Humano	30
Índices de Desarrollo Humano	32
CAPITULO IV	35
Descripción de Indicadores de Desarrollo Humano y de salud	35
Variaciones IDH. Dimensión salud	35
Variaciones componente de salud sexual y reproductiva	37

Variaciones Indicadores de Salud	42
CAPITULO V	45
Conclusiones	45
CAPITULO VI	47
Referencias bibliográficas	47
ANEXOS	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1.- Comparativo Índice Esperanza Vida con Índice Esperanza Vida Ajustado por Desigualdad, período 2010 – 2019	35
Grafico 2.- Relación Proporción de Partos Atendidos por Personal de Salud Capacitado (%) y Gasto Corriente en Salud (% del PIB)	37
Grafico 3.- Mujeres Indígenas por auto-definición en edad fértil (15 a 49 años:) período 2012 y 2018	38
Grafico 4.- Parto por cesarí­a período 2012 y 2018	38
Grafico 5.- Partos con atención profesional período 2012 a 2018	39
Grafico 6.- Visitas Domiciliarias Nacional Período 2008 al 2017	40
Grafico 7.- Visitas Domiciliarias Provincia de Imbabura Período 2008 al 2017	40
Grafico 8.- Actividades de Vigilancia Sanitaria Nacional Período 2008 al 2018	41
Grafico 9.- Actividades de Vigilancia Sanitaria de la Provincia de Imbabura Período 2008 al 2018	42
Grafico 10.- Datos de salud materna intercultural del cantón Otavalo Período 2015 al 2020	43
Grafico 11.- Datos de posición del parto el cantón Otavalo período 2015 al 2020	44
Grafico 12.- Datos de partos y nacidos en el cantón Otavalo período 2015 al 2020	44

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1	16
Ilustración 2	33

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los encuentros, a los amigos, a la familia, a los aprendizajes proporcionados, a las experiencias que han contribuido en mi vida, y de forma directa e indirecta en la vida de las personas con las que me he vinculado de forma laboral y personal, contribuyendo a la transformación social desde mi espacio más cercano.

Agradezco al conflicto y a los espacios comunitarios de encuentro con el otro, como acciones vivas que transforman, que integran diversos conocimientos y fundamentos, necesarios para una sociedad más humana.

INTRODUCCIÓN

Acorde a datos de Naciones Unidas ONU al 2021 existen 476 millones de personas indígenas viviendo en más de 90 países constituyendo el 6.2 % de la población mundial, 50 millones de personas pertenecientes a 500 etnias en América Latina (Naciones Unidas, 2021); esta población indígena es vulnerable y posee pocas posibilidades de acceso a servicios como salud y educación que se relacionan de forma directa con el desarrollo de la persona y oportunidades para una vida digna.

Pensar en el desarrollo humano de mujeres indígenas embarazadas visualiza desigualdades sociales de género, acentuadas en áreas rurales donde los diferentes tipos de violencia se encuentran naturalizadas, por ejemplo, en Ecuador, 65 de cada 100 mujeres han sido víctimas de violencia en algún ámbito a lo largo de su vida (INEC, 2019), en concordancia con estos datos, la UNICEF manifiesta “en la sociedad siempre han existido relaciones interculturales...fundadas en el racismo, exclusiones como las de género o de edad que se han insertado en una visión de privilegio” (2009).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC), los ecuatorianos se auto determinan en los siguientes grupos étnicos: “80,1% como mestiza; el 7,77% como indígena, el 5,65% como montubia, el 4,11% como afro ecuatoriana, y 1,75 % como blanca” (INEC, 2019). La población indígena se compone a nivel nacional de 14 nacionalidades y 18 pueblos milenarios indígenas, anteriores y constitutivos del Estado ecuatoriano, como, por ejemplo, la nacionalidad kichwa ubicada en las provincias de Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar, Cañar, Azuay, Chimborazo, Loja, Zamora y Napo, con una población de 2'000.000 de ciudadanos acorde a datos de la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe (DINEIB).

En referencia a datos de partos, según el Ministerio de Salud Pública (MSP) en la *Guía técnica para la atención de parto culturalmente adecuado* (2008), el 30,1% de mujeres indígenas que dan a luz lo hacen en hospitales o establecimiento de salud; en este documento también se menciona que el 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios pues sus costumbres prevalecen en el uso o no de los servicios de salud” (Ministerio de Salud Pública, 2008). En este contexto, la Atención Primaria en Salud Renovada (APS R), con su enfoque biopsicosocial trabaja sobre las determinantes sociales de la salud, adaptando los servicios para la salud materna a realidades

locales, con la finalidad de eliminar barreras de acceso a la salud de mujeres indígenas, ya que el porcentaje de nacimientos institucionales en población Indígena es de 76,52%, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INEC, 2019); y , si bien existen servicios de salud sexual y reproductiva, como métodos anticonceptivos, Unidades De Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR), estos no siempre son utilizados por la población indígena por considerarlos ajenos a su cultura.

En los establecimientos de salud existen opciones de tratamiento con medicina ancestral y/o alternativa, reguladas bajo el marco normativo de validación para terapias complementarias y alternativas, que han permitido la adaptación y regularización de servicios bajo estándares de certificación nacional e internacional como la certificación de Establecimientos Amigos de la Madre y del Niño o ESAMyN, que incluye variables interculturales en la aplicación de sus diferentes componentes tanto comunitarios como al interior del establecimiento de salud.

La salud en Ecuador ha tenido cambios drásticos, por ejemplo, entre 1967 a 2007 se carecía de una tipología estándar de establecimientos de salud, la asignación presupuestaria era mínima, con una baja cobertura de servicios de salud, situación diferente al período de análisis del 2008 a 2018 donde existe una garantía constitucional del derecho a la salud, un Plan Nacional del Buen Vivir, una agenda social, la articulación de la RIPS para referencias a nivel nacional, un incremento presupuestario del 14% para el sector salud, una planificación territorial de alta y baja desconcentración que ubico los servicios acorde a criterios epidemiológicos.

Tema y objeto de la investigación

Desde el año 2008 los servicios de salud en Ecuador son un derecho constitucional que facultó mejorar infraestructura, talento humano y equipamiento, incorporando el enfoque familiar, comunitario e intercultural para todos sus servicios, incluyendo la atención de pacientes una modalidad extramural con visitas domiciliarias realizadas por un técnico de atención primaria en salud, que relaciona componentes culturales con elementos del servicio de salud, priorizando información relevante para la atención y fortalecimiento de la planificación de la política pública en salud.

Pues con el reconocimiento constitucional del Sumak Kawsay y de sus equivalentes al español como “la vida en plenitud o buen vivir”, visualizan principios indígenas como la “vida en comunidad” en la cual se contextualiza la visita domiciliaria como un elemento cultural aceptado, ya que se relaciona con la visita de algún amigo o familiar que es una práctica común en las comunidades indígenas; las visitas domiciliarias son periódicas para generar la participación progresiva de la familia, ya que por sí misma esta es la primera comunidad del ser humano siendo modeladora de sistemas sociales de relacionamientos complejos durante las diferentes etapas de la vida.

En la visita domiciliaria se utiliza el idioma nativo, con un profesional de salud de la comunidad, eliminando barreras que tradicionalmente se evidencian con el trabajo en comunidades, ya sean estas económicas, de distancia, de desconocimiento respecto servicio de salud por parte de la población, isócronas e idioma. Con el idioma se vincula al paciente con un seguimiento institucional, y al personal de salud con la comunidad, su contexto y sus determinantes sociales de la salud, en un cumplimiento de una visión integral de la salud individual y colectiva.

La salud se vincula con varias dimensiones de la vida, así que la misma requiere ser abordada desde diversos enfoques como el de derechos humanos, el de género y el de participación tanto de la comunidad como de instituciones gubernamentales. Siendo la participación o vivir en comunidad una fuerza transformadora de la realidad inmediata ya que devela necesidades e intereses colectivos, en procesos de concientización y conocimiento de nuestra realidad más cercana “no hay cambio posible si no se conquista la superación de los problemas inmediatos que están viviendo las comunidades” (Montero, 1996, p. 29).

Por lo cual, el Técnico de Atención Primaria de Salud (TAPS) tiene la tarea de entablar un abordaje desde la comunidad con soluciones a través de conocimiento, prácticas y fundamentos ancestrales, contruidos desde su cotidianidad, para lo cual es relevante su propio proceso de formación, aprobación y titulación como TAPS, ya que es él quien contextualiza el servicio de salud a través de datos registrados en herramientas técnicas como el formulario “Ficha Familiar” con variables socioeconómicas de la comunidad.

La salud materna desde los enfoques familiar comunitario e intercultural transforma a la comunidad en un espacio protector que incrementa las libertades y capacidades básicas para el desarrollo humano de las mujeres, verificables en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) e

indicadores de salud, las cuales dan cuenta de las variaciones positivas o negativas del desarrollo humano, como, por ejemplo, el aumento de los partos atendidos por un profesional de salud, relacionada con la oferta de las diferentes opciones para el parto a todas las mujeres embarazadas, independientemente de su auto identificación étnica, aumentando demanda en los servicios adaptados para el parto, y conservando practicas ancestrales para el desarrollo ya que “entender la otredad significa hablar de la identidad y dinámica en las prácticas modernas del desarrollo”(UNICEF, 2009).

El campo de investigación es la provincia de Imbabura donde se asientan 3 pueblos kichwa, el cual convive con población mestiza y población migrante en su mayoría venezolana y colombiana por su cercanía con la frontera norte de Ecuador. El pueblo Karanki tiene una población de 6.360 personas, el pueblo Otavalo tiene 65.000 personas y el pueblo Natabuela tiene 15.000 personas, dando una población total de 86.360 sujetos de derecho o ciudadanos (Go Raymi, 2020). Esta investigación se focalizará en el cantón Otavalo debido a las características demográficas y culturales ya descritas, y porque en esta localidad se tiene la primera experiencia en salud intercultural en Ecuador con la implementación del primer hospital con parto intercultural.

Escogiendo la línea del tiempo de 2008 a 2018 por el referente constitucional, como un disparador de análisis debido a que: el principio del Sumak Kawsay es incluido en la Constitución ecuatoriana de 2008; la salud es un derecho que vincula otros derechos, el enfoque intercultural es obligatorio para todos los servicios; el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS FCI) incorpora la estrategia de APS R; la aplicación de la ficha familiar que es un herramienta de registro y seguimiento de grupos prioritarios; y el Sumak Kawsay que presenta un modelo de bienestar ligado al desarrollo sustentable cuestionando la generación de riqueza planteando el desarrollo como un logro para las generaciones futuras.

Objetivos

Objetivo general:

Determinar el impacto de la salud materna con enfoque intercultural en el desarrollo humano de mujeres indígenas en la provincia de Imbabura entre el año 2008 a 2018.

Objetivos específicos:

- Describir los servicios de salud materna para mujeres indígenas ecuatorianas del área andina de la provincia de Imbabura entre el año 2008 al 2018,
- Analizar el enfoque intercultural en la salud materna de mujeres indígenas ecuatorianas de la provincia de Imbabura entre el año 2008 al 2018.
- Describir variaciones de IDH e indicadores de salud materna de la provincia de Imbabura entre el año 2008 al 2018.

Metodología

Esta investigación es exploratoria descriptiva, el método de abordaje es cualitativo al analizar políticas públicas, las estrategias implementadas a nivel comunitario, utilizando técnicas de relevamiento documental y entrevistas a 17 mujeres de diferentes ámbitos de la política pública en salud materna con enfoque intercultural.

Revisión documental, la cual se basará a partir de 3 fuentes:

- Documentos:

Constitución del Ecuador de 2008; Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado de 2008; Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS FCI) de 2012; Guía de Práctica Clínica específicamente Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato de 2014; AM 108 Normativa Sanitaria para la certificación como Amigos de la Madre y del Niño, a los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, que atiendan partos de 2016; Manual Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud de 2016, AM 112 Especificaciones Técnicas para el área de trabajo de parto de 2020.

- Datos estadísticos:

Del PNUD, del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), Indicadores MSP y del AM 108 Normativa Sanitaria para la certificación como Amigos de la Madre y del Niño, a los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud de los últimos 5 años, que darán cuenta de las estrategias de salud materna

- **Entrevistas semiestructuradas con temas de salud materna:**

Focalizadas y semiestructuradas directas, orientadas al diálogo sobre políticas públicas, salud intercultural, actividades extramurales, desde cinco perfiles asociados a la salud materna con enfoque familiar comunitario e intercultural: dos entrevistas a académicos y organizaciones relacionados con salud materna; una entrevista a persona de saber cómo parteras; cuatro entrevistas a autoridades del Ministerio de Salud Pública de la Dirección Nacional de interculturalidad; nueve entrevistas a TAPS de los establecimientos de salud del primer nivel de atención en salud; y, a mujeres indígenas usuarias del parto culturalmente adecuado.

Muestra: Es intencionada, los entrevistados son elegidos por su conocimiento, funciones institucionales, vinculación comunitaria o uso de los servicios de salud materna, aplicando la técnica de bola de nieve, la entrevista nos llevará hacia nuevos entrevistados con la finalidad de conocer el grado de satisfacción e impacto de las visitas domiciliarias, seleccionando la provincia de Imbabura por existir 3 pueblos kichwa en su territorio, el pueblo Karanki con 6.360 ciudadanos, el pueblo Otavalo con 65.000 ciudadanos y el pueblo Natabuela con 15.000, dando una población total de 86.360 ciudadanos con necesidades de atención en salud con enfoque intercultural.

Este panorama para la investigación se complejizó por tensiones generadas por la crisis de la COVID-19 que se ha prolongado desde marzo de 2020 hasta hoy tanto a nivel nacional como mundial, provocado un déficit en las entrevistas programadas, pues el acceso a personal de salud como usuarios se limitó por cuarentena obligatoria y protocolos de distanciamiento social, en ese contexto el acceso a comunidades indígenas y la atención en salud comunitaria se restringió para aumentar las oportunidades de vida de la población de Ecuador (El Comercio, 2020).

Descripción de contenidos: Incorporara elementos de la recolección documental, así como del estado del arte para incluirlo en cada capítulo, con palabras claves como: salud, comunitario, familiar, visita domiciliaria, APS R, interculturalidad, desarrollo humano, capacidades, libertad, IDH, indicadores de salud, Sumak Kawsay, derechos humanos.

El Capítulo I explora definiciones de salud para entender su complejidad y relación con todas las dimensiones del ser humano, describiendo los tres elementos básicos de un servicio

de salud, características de las modalidades de atención y enfoques del sistema de salud ecuatoriano. Mostrando así la forma de trabajo y resolución de conflictos del sistema de salud para con sus pacientes.

El capítulo II describe el Sumak Kawsay como un concepto relacionado con la vida en comunidad que devela elementos de la salud indígenas integrados en el enfoque familiar comunitario e intercultural, visualizando la visita domiciliaria con actividades extramurales que garantizan el seguimiento y acompañamiento antes durante y después del parto, explorando la relación de la visita domiciliaria con la salud materna de mujeres indígenas de la provincia de Imbabura entre el año 2008 al 2018.

El capítulo III explora conceptos del enfoque de desarrollo humano centrado en la persona desde Amartya Sen y Martha Nussbaum, describiendo fundamentos básicos relacionados con el desarrollo humano para luego describir las formas de medición de los IDH que para nuestra investigación se relacionan con la esperanza de vida, IDH e IDHD.

El capítulo IV describe los IDH e indicadores de salud para analizar las variaciones positivas o negativas existentes en la salud materna y desarrollo humano del cantón Otavalo entre el año 2008 a 2018, de fuentes como: PNUD con el comparativo índice esperanza vida con índice esperanza vida ajustado por desigualdad en el período 2010 a 2019 y la relación proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado (%) y gasto corriente en salud (% del PIB); Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 a 2018, indicadores de mujeres indígenas por autodefinición en edad fértil (15 a 49 años) de 2012 a 2018, parto por cesarías período 2012 a 2018, partos con atención profesional período 2012 a 2018, visitas domiciliarias nacional y provincial período 2008 al 2017, actividades de vigilancia sanitaria nacional y provincial período 2008 a 2018; y datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) relacionada con indicadores de la salud materna intercultural como datos de salud materna intercultural del cantón Otavalo período 2015 a 2020, datos de posición del parto el cantón Otavalo período 2015 a 2020, datos de partos y nacidos en el cantón Otavalo período 2015 a 2020.

CAPITULO I

Funcionamiento del Servicio de Salud Materna

Este capítulo explora definiciones de salud para entender su complejidad y relación con todas las dimensiones del ser humano, describiendo los tres elementos básicos de un servicio de salud, características de las modalidades de atención y enfoques del sistema de salud ecuatoriano. Mostrando así la forma de trabajo y resolución de conflictos del sistema de salud para con sus pacientes.

Servicio de Salud

De acuerdo a lo recogido por Alcántara (2008), en el año 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el “estado perfecto de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad” (p. 96) siendo esta la base para la homologación del marco normativo en salud a nivel mundial ya que esta es un organismo de carácter internacional que direcciona las diferentes políticas públicas sanitarias en beneficio de los ciudadanos.

La salud ha tenido diferentes enfoques, acorde a etapas históricas de la sociedad, desde el pensamiento mágico, procedimientos complejos, y factores sociales de acuerdo con etapas del ciclo de vida. La salud, según varios autores contemporáneos integra lo biológico, lo social, lo espiritual, lo económico, lo natural, y la búsqueda consiente del bienestar que aborda varios espacios de trabajo, así como del relacionamiento interinstitucional y participación de la sociedad civil. La salud en síntesis es “una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (Briceño-León, 1999, p. 15).

La atención medica que se presta en los servicios de salud requiere de tres elementos básicos que se relacionan entre sí para poder prestar un servicio de calidad y calidez:

1. La infraestructura que implica el diseño de planos sanitarios, creación e implementación de espacios acorde a criterios técnicos pertinentes, en estrecha relación con la autoridad sanitaria y la comunidad beneficiaria. En el país existen 3 tipos de establecimientos de salud estándar para su implementación acorde a criterios epidemiológicos y de desconcentración de servicios de la red integral de salud, siendo los de menor complejidad los tipos A y lo

de mayor complejidad los tipos C los cuales cuentan con sala de parto. En este punto es importante resaltar que la movilización de materia prima para la construcción limita la implementación de establecimientos de salud en lugares de difícil acceso geográfico.

2. El talento humano que se refiere al análisis técnico epidemiológico para la selección e identificación de servicios y perfiles para determinada función, así como el número de profesionales de la salud necesarios para el funcionamiento ideal o estándar. Siendo necesario resaltar que en áreas rurales y de difícil acceso geográfico existe una carencia de profesionales de la salud, por lo cual estas plazas de trabajo son llenadas de forma anual con médicos recién graduados que hacen su año rural, ya que en el Ecuador el año rural es un requisito para poder ejercer su profesión.
3. El equipamiento e insumos médicos los cuales se dotan acorde a cada área y necesidades del paciente, este equipamiento puede ser complejo dependiendo del área como emergencia o UTPR, los insumos médicos se dotan tomando en cuenta la demanda de los diferentes servicios implementados, como la farmacia que expende medicamento requerido para un procedimiento o recetas de medicamentos para la administración del paciente.

Las modalidades de atención son un conjunto de procedimientos, normas, protocolos de cumplimiento obligatorio en el sistema nacional de salud, para garantizar la efectividad, calidez y continuidad del proceso de recuperación médica, trabajando de forma integral acorde al requerimiento, entre las que se destacan:

- La modalidad de atención en establecimientos móviles de salud es un vehículo sanitario que presta servicios de salud básicos a poblaciones que no tienen acceso a un sistema sanitario.
- La modalidad de atención prehospitalaria la cual está compuesta por todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte para ciudadanos que lo requieran (pacientes de enfermedades o accidentados fuera del hospital), y se relaciona de forma directa con el trabajo desempeñado desde ambulancias.
- La modalidad de atención intramural o dentro de establecimiento de salud, presta servicios como, medicina general, obstetricia, odontología, enfermería y TAPS, el paciente acude al establecimiento de salud.
- La modalidad extramural o fuera del establecimiento de salud son actividades que cada establecimiento de salud realiza en la comunidad el personal de salud aborda la comunidad.

De acuerdo a la OMS, un sistema de salud es definido como un “conglomerado de servicios de salud estructurados, que de forma sinérgica suministran un mantenimiento y progreso en la salud de una población” (Alcántara, 2008), y posee características tales como niveles de atención que contribuyen a la desconcentración del Estado, y la gratuidad que contribuye a la eliminación de las desigualdades sociales. Del mismo modo, los sistemas de salud ejercen cuatro funciones: a) la prestación de servicios de salud compuesta por establecimientos de salud públicos y privados; b) generar recursos, en beneficio de los pacientes, entendiendo que los pacientes poseen algún conocimiento por lo que puede ser visto como un agente proactivo, participativo transformador de su realidad; c) financiación que permita perpetuar modelos de salud, como la inversión en infraestructura, equipamiento y talento humano para establecimientos de salud del primer nivel de atención en salud; y d), rectoría para controlar y normar los servicios de salud, direccionar esfuerzos para cumplir metas establecidas y consolidar una línea de trabajo con un ente regulador.

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) es un sistema de salud que articula tres niveles de atención: el primer nivel es la puerta de acceso al sistema nacional de salud, por su alta desconcentración con establecimiento de salud Tipo A, B, C y puestos de salud de baja complejidad; el segundo nivel compuesto por hospitales y hospitales básicos; y, el tercer nivel son los centros y hospitales de especialidades, que se complementan con las modalidades de atención, para realizar las referencias y contra referencias según corresponda, funcionando en redes y micro redes de servicios con niveles de alta desconcentración.

El implementar la RIPS facilita el traslado de un paciente que poseen necesidades específicas de atención que puede poseer en riesgo su vida, a otro establecimiento que, si cuenta con el equipamiento necesario, solventando así la necesidad específica del paciente, acorde a la mismas se puede hacer uso de establecimientos públicos y privados, identificando redes de servicio a nivel local y nacional de ser necesario garantizando así la atención.

Ilustración 1

Modelo del Sistema de Salud



Nota: Modelo del Sistema Nacional de Salud. Fuentes: Ministerio de Salud Pública (MSP 2012).

Atención Primaria en Salud Renovada (APS R)

Una estrategia en salud es el conjunto de acciones que organizan metas y objetivos sanitarios relacionadas con indicadores mundiales, en este sentido, la Atención Primaria en Salud (APS) es una respuesta efectiva para las diferentes barreras existentes en los servicios de salud, con mayor énfasis en áreas rurales o de difícil acceso geográfico, acercando los servicios de salud con el desarrollo integral de la salud, visualizando a la familia y la comunidad como espacios para la salud.

La APS se relaciona con el desarrollo humano al definirlo como integral, como el centro del cual partir para pensar en la salud que se relaciona con determinantes sociales o ambientales, la APS es definida por Alma Ata como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables [...] constituye la función central y el núcleo principal, del desarrollo social y económico global de la comunidad” (2021) . La APS evoluciona de paradigma del “hombre doliente” donde el paciente debe ser curado, al paradigma de “prevención de enfermedades y promoción de la salud, de derechos”, en la cual el paciente tiene un rol participativo sobre su proceso de salud enfermedad.

Esta estrategia aborda modalidades de atención extramural, con un abanico de actividades que cumplen con criterios de calidad y eficiencia como: la accesibilidad, la cual se entiende como una provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con el contexto en cuanto a organizaciones económicas, culturales y emocionales; la coordinación, como por ejemplo, la suma de las acciones de los servicios de atención primaria; la integralidad, para resolver un alto porcentaje en cuanto a los problemas de salud de la población atendida; y, la longitudinalidad, con la finalidad de seguimiento por parte de los profesionales de la salud de las afecciones de los pacientes («Atención primaria de salud», 2021).

La APS R es un ajuste a las actuales necesidades del mundo tanto en el epidemiológico como social, bajo los enfoques de prevención de enfermedades y promoción de la salud que buscan mejorar la calidad de vida, bajo el criterio que es más sencillo y práctico evitar una enfermedad a través de estrategias tales como mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias, que tratar una enfermedad la cual implica altos gastos tanto económica (tanto al Estado como a nivel personal) como físicos que deterioran la calidad de vida del paciente. Esta acción se lleva a cabo mediante la implementación de acciones de salud en las comunidades, en el trabajo sobre las determinantes sociales de la salud como las ambientales, conductuales, biológicas y sociales, para convertirlos en factores protectores de la salud individual o colectiva.

El Enfoque de Derechos humanos

Se basa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en la cual todas las personas somos poseedoras de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes e indivisibles, con un estado garante de derechos constitucionales, se considera al ciudadano como, activo, participativo en la creación de políticas públicas inclusivas como.

En La declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del 13 septiembre de 2007, que en su Art. 24 manifiesta que:

“Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios

sociales y de salud. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho” (Naciones Unidas, 2007) .

Existe una dificultad en la implementación plena y efectiva de estos derechos en las políticas públicas, ya que, a pesar de la existencia de dichos derechos constitucionales así como normas y protocolos, en lo operativo se requiere un mayor trabajo desde el componente humano y educativo en relación con su contexto inmediato, así que se puede afirmar que “dentro de nuestra sociedad las políticas directrices de la ejecución gubernamental son bastante progresivas y buscan el bienestar social, pero en la práctica no se concretan en mejoras efectivas para la población ya que existen factores culturales e incluso ideológicos que no permiten que esto suceda” (Bejarano, 2013, p. 103).

Desde el enfoque de derechos, el que compete a la salud busca el reconocimiento, garantía y restitución de los derechos, por lo cual el gobierno debe respetar, proteger y hacer cumplir estos derechos constitucionales, de este modo, el derecho a la salud se subdivide en varios derechos específicos que los gobiernos deben asegurar (*Derecho a la Salud*, 2012):

- El derecho a un sistema de protección de la salud.
- El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades.
- El derecho al acceso a los medicamentos esenciales.
- La promoción de la salud materna e infantil.
- El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados.
- La educación y la concienciación sobre la salud.

El enfoque de Género

El género “es una identidad clasificatoria que surge de la división de los roles sexuales en la sociedad, considerando aspectos conductuales, construidos culturalmente, frente a las distinciones biológicas de la categoría sexo” (Campo, 2008, p. 87), es decir, que se lo puede entender como una construcción social que es aprendido por modelamiento de estereotipos y patrones de comportamiento aprendidos de generación en generación, asignando mandatos con roles específicos tanto a hombres (varones) y mujeres (hembras), no siempre con las mismas

oportunidades o derechos, por lo cual entender las relaciones de poder entre hombres y mujeres así como las condiciones de vulnerabilidad sobre las mujeres indígenas, se identifica como una propuesta política contra las desigualdades de base biológica o por determinado rol social, tomando en cuenta que los patrones hegemónicos tienen efectos sociales negativos, en una sociedad binaria que fomenta la acumulación de poder en un género, obtienen como producto violencia y desigualdad social.

Este enfoque fomenta conceptos como la equidad, el respeto, la horizontalidad para nuevas formas de organización humana como ejes de transformación en la sociedad, elaborando políticas públicas incluyentes que velen por la eliminación de la desigualdad estructural, así como el acceso limitado a recursos de producción, a servicios sociales, agrícolas y comerciales, la desigualdad en empleo y remuneración, la exclusión o limitada participación en los procesos de toma de decisiones y formulación de políticas.

En salud desde un enfoque tradicional se relaciona la salud del hombre con ambientes de trabajo mientras que la salud femenina se relaciona con su función biológica reproductiva, lo cual visibiliza una atención basada en roles y en los riesgos que estos producen sobre la salud de la persona, enfocada al incremento productivo y el control del cuerpo, en una visión reduccionista de la salud. En enfoque de salud actual, se analiza determinantes sociales relacionada con una visión integral de la salud que reconoce factores protectores y de riesgo.

En la publicación del Observatorio de la Igualdad de Género de América Latina y el Caribe y CEPAL, *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos* (2013), se hace relevancia a los sistemas de información tanto de género así como de los pueblos indígenas, y hace referencia a su desagregación contextualizada manifestando:

“[...] Ambos enfoques, el de género y el étnico, no son excluyentes sino complementarios, por lo que resulta imprescindible su entrecruzamiento. De esta manera, la desagregación de los datos por sexo y condición indígena y no indígena es un punto de partida necesario, pero no suficiente, para visualizar y analizar los asuntos de género en los pueblos indígenas, sobre todo si se tiene en cuenta su gran diversidad cultural” (CEPAL & Observatorio de la Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, 2013, p. 18).

El Enfoque Intercultural en Salud

Este enfoque hace referencia a la cultura y el derecho a la cultura con sus diferentes dimensiones y expresiones por lo cual entenderemos la interculturalidad desde su noción más básica como una propuesta de dialogo e intercambio entre culturas en una interrelación de mutuo aprendizaje con una potencia en la diversidad de sus participantes. La interculturalidad es un término creado desde Latinoamérica en la cual se expone a una cultura dominante, denotando su sentido político al visibilizar a los invisibles a través de la palabra, en este sentido Cruz (2013) cita al filósofo francés Jacques Rancière, en su postulado “*La lucha política es también la lucha por la apropiación de las palabras*”, existiendo 3 condiciones para el diálogo como la igualdad, la reciprocidad y rechazo de la coacción, excluyendo valores monoculturales que no contribuyen a una interculturalidad positiva (E. Cruz, 2013).

Albó (2004) distingue 2 relaciones interculturales, las relaciones conflictivas y destructivas del otro hasta las de entendimiento y enriquecimiento en el contacto. La interculturalidad negativa lleva a la destrucción de una de las partes por crear dependencias que impiden el crecimiento o por distanciamiento que lleva a la limitación de las relaciones. La interculturalidad positiva, es aquella que, sin tener una mutua aceptación, llega a la simple tolerancia de las dos partes, fomentando una actitud de mutuo entendimiento e intercambio. Acorde a lo expuesto la salud intercultural positiva evidencia patrones culturales como formas de curarse y auto cuidarse por parte de los pacientes al incorporar elementos naturales, simbólicos o espirituales, en su tratamiento y recuperación, el cual depende de forma directa de un vínculo con el personal médico o TAPS (Albó, 2004).

También se debe resaltar que el enfoque intercultural va más allá de la adaptación de espacio o señalética en los establecimientos de salud, por lo cual es fundamental entender las diferentes dimensiones de una cultura como su economía, su organización social, su espiritualidad, así como riesgos sociales existentes por lo cual este enfoque se relaciona con el enfoque de derechos humanos, de género los cuales son medibles a través de los IDH.

Salud Materna en la Comunidad

La salud materna en la comunidad, comprende el seguimiento de la mujer antes, durante y después del parto, con una visión integral desde varios enfoques como el de derechos humanos, equidad de género, intergeneracional e intercultural; mediante estos enfoques se

busca fomentar la visión integral del más alto bienestar para vivir y afrontar una maternidad dignamente, tomando en cuenta que ser mujer embarazada implica una situación de vulnerabilidad y riesgo, como se evidencia en datos presentados por la UNICEF en la presentación de su programa de Salud Materno Infantil (2017), se registraron 211 defunciones de madres a causa del embarazo o parto, lo que implica que cada mes murieron 18 mujeres por causas relacionadas a la concepción, y esto como resultado de la inequidad hacia las mujeres y sus condiciones de vida; Ana María Castro, en la presentación del vídeo ensayo *Hospitales en Quito y Otavalo se certifican como Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño* (2021), menciona datos proporcionados por la UNICEF de 2020, año en el cual ocurrieron 180 muertes maternas, muchas de ellas por causas que pudieron prevenirse.

La salud materna en la comunidad es de vital importancia para evitar situaciones de riesgo, sobre todo en los servicios de salud a mujeres indígenas debido a que, tener una cultura distinta, isócronas distantes entre el establecimiento de salud y el paciente, recursos económicos limitados, indican en el no recurrir a los establecimientos de salud y controles médicos necesarios. Es a través de fomentar un seguimiento domiciliario que se pueden identificar factores de riesgo biológicos, sociales y culturales, para garantizar un parto seguro libre e informado.

Al incorporar elementos comunitarios con factores culturales y sociales de la comunidad con la cual se trabaja, garantiza generar confianza y adherencia a los procesos de promoción de la salud y prevención de enfermedades, pues en las actividades comunitarias se reflejan la interacción, validación y negociación intercultural entre los profesionales de la salud y pacientes de comunidades, partiendo desde la premisa que la medicina preventiva “está compuesta por un conjunto de acciones que están encaminadas al cuidado previo a la aparición de una enfermedad, lo cual permite acceder a una mejor calidad de vida” (Bejarano, 2013), impactando de forma positiva la vida de la madre, el niño, la familia y la comunidad.

En esta lógica, el Acuerdo Ministerial N° 108, certifica a hospitales y establecimientos de salud como los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN), tiene el objetivo de mejorar la calidad de atención de las mujeres embarazadas durante todas las etapas del embarazo, es decir, en el control prenatal, el parto y el postparto, para de esta manera reducir los índices de muerte materna y neonatal presentes en Ecuador, todo esto a través de servicios de calidad y calidez.

CAPITULO II

Elementos para la salud materna en la comunidad

Este capítulo describe el Sumak Kawsay como un concepto relacionado con la vida en comunidad que devela elementos de la salud indígena integrados en el enfoque familiar comunitario e intercultural, visualizando la visita domiciliaria con actividades extramurales que garantizan el seguimiento y acompañamiento antes durante y después del parto, explorando la relación de la visita domiciliaria con la salud materna de mujeres indígenas de la provincia de Imbabura entre el año 2008 al 2018.

Sumak Kawsay y Buen vivir

Es importante resaltar que el Sumak Kawsay o “Buen Vivir” es citado en el Art. 14 de la Constitución (2008), siendo su traducción más precisa “la vida en plenitud”, siendo una responsabilidad social de relación con la madre naturaleza para, frenar la acumulación del desarrollo económico, proyectando la realización del ser humano de manera colectiva. Para el filósofo andino Javier Lajo (2013), la vida en plenitud representa el pensar bien, sentir bien para hacer bien con el objetivo de conseguir la armonía con la comunidad, la familia, la naturaleza y el cosmos.

Este concepto es un proyecto histórico y político, producto de saberes de la vida comunitaria y cotidiana de los pueblos de “la vida en plenitud” en el cual influye el saber tradicional en armonía y equilibrio con la tierra, el cosmos, la vida e historia (Vacacela, 2007). Para Andrés Neira, es un paradigma de vida que proporciona elementos conceptuales para cuestionar el modelo desarrollista, así como la percepción del bienestar, de experiencias y de lucha, que no nace en la Constitución, pero fortalece la visión política constitucional de los pueblos indígenas, basadas en los principios de:

Relacionalidad. Interconexión entre los elementos que componen un todo.

Reciprocidad. Una correspondencia mutua entre los mundos de arriba, abajo, ahora, entre seres humanos y naturaleza, una especie de coparticipación, la vida en comunidad.

Correspondencia. Los elementos de la realidad tangible y la cotidianidad se corresponden de una manera armoniosa y proporcionalidad, principio cosmológico.

Complementariedad. La armonía entre los opuestos puede ser complementarios.

Elementos de Salud Indígena Andina

En el Abya Yala, hoy América, existen pueblos originarios que conservan conocimientos y prácticas culturales tales como el uso de plantas para curar, la posición para el parto, el contacto piel con piel, alimentación, los elementos pueden ser ingredientes vegetales, animales, minerales, humana o espiritual relacionados con la salud, vinculando lo masculino con la salud y lo femenino con la enfermedad, con estados de salud que se vinculan con sus cuatro principios.

En el mundo indígena andino existe un equilibrio con la naturaleza, el mundo espiritual y el mundo ancestral, el saber medicinal no sigue parámetros occidentales, ya que se aprendieron en la vivencia consciente e inconsciente del pasado y el presente, un conocimiento ancestral de interrelación con la madre naturaleza, un ser vivo con el cual se puede dialogar, conversar y criar, denominado “intuición”.

Elementos femeninos

Los cinco elementos femeninos de la salud se relacionan con el bienestar y se complementan entre sí son (Universidad Intercultural Amawtay Wasi, 2000, p. 27):

Hampiy (jambi). Ingrediente vegetal, animal, mineral y humana que contribuye al restablecimiento de la salud, base principal que el runa tiene que conocer y aplicar en su cotidianidad para llegar al *sumak-kawsay*, la plenitud de la vida.

Ñawpa hampiy (ñaupa jambi). Medicina preventiva “cura en sano” contrarresta las posibles enfermedades, “medicina adelante” la medicina del pasado y el futuro, incluye saberes como la alimentación y la espiritualidad.

Allí hampiy (ali jambi). Buena medicina, la adecuada, la propia para la sanación de enfermedades, el runa debe conocer cuál es el ingrediente apropiado, el idóneo para sanar los desequilibrios de la enfermedad.

Sinchi hampiy (sinchi jambi). Medicina fuerte eficaz y segura, ayuda al runa a lograr la máxima aspiración de llegar a la plenitud de la salud, refuerza la acción de allí hampiy para alcanzar la salud completa.

Sumak hampiy (sumak jambi). Medicina completa o integral, restablece la armonía entre el runa las divinidades, la naturaleza y los ancestros.

Los cinco estados de salud femeninos inician en lo masculino que se relaciona con la enfermedad:

Unkuy (unguy). Enfermedad o desequilibrio corporal, emocional o espiritual, todos se complementan.

Allí tukuy (ali tukuy). Sobrepasar la enfermedad o penalidades para iniciar la recuperación, etapa en que el runa ayuda al sumak hampiy (buena medicina) para armonizar consigo mismo, la familia y la comunidad.

Hatary (jatary). Levantar el espíritu el cuerpo la mente, es la etapa en que el runa ha aprendido el motivo del desequilibrio e inicia la búsqueda permanente del Sumak Kawsay.

Karyay (jariyay). Etapa de fortalecimiento corporal, espiritual y mental mediante alimentación, uso de elementos naturales y la interrelación con la pacha (mundo).

Sumak Kawsay (sumak kawsay). Estar bien, la salud del runa junto con su familia, comunidad, ancestros y naturaleza.

Las cuatro características de salud del runa sano son:

- La felicidad y actividad, ante situaciones adversas, lecciones para llegar a la sabiduría.
- El trabajo y la participación son caminos hacia la realización y entendimiento de la paridad.
- Es recíproco y generoso, en los pueblos andinos, primero se tiene la obligación de dar para tener el derecho de recibir, el runa sano sabe que en cualquier momento recibe más de lo que dio.
- Celebrativo y realista espiritual, la celebración de la vida es el eje central de la cotidianidad en la comunidad, es la interconexión pariversal que nos convierte en seres espirituales equilibrados con el tiempo espacio.

Elementos masculinos

Los elementos que están vinculados con la enfermedad, se relaciona y complementan entre sí y los elementos femeninos (Universidad Intercultural Amawtay Wasi, 2000, p. 30):

Yanka hampiy (yanga jambi). Medicina aplicada sin orientación del runa.

Hampik (sanador). Aquí se encuentran hábitos como la mala alimentación o el consumo de bebidas alcohólicas.

Mama allí hampiy (mama ali jambi). Medicina mal aplicada o diagnosticada, aplicación de medicamentos calientes o fríos con desconocimiento de las consecuencias.

Unkuchik hampiy (unguchik jambi). Medicina que enferma, que desarmoniza, como el consumo excesivo de ingredientes sagrados que sin guía enferma.

Wañuchik hampiy (Wañuchik jambi). Medicina que mata o destruye al runa, elementos que son capaces de destruir y conducir a la muerte, constituye como el otro lado del sumak hampiy que es la medicina de la vida.

Los cuatro estados masculinos inician en lo femenino:

Allí kay (ali kay). Estar bien es la base para llegar al Sumak Kawsay.

Irkiyay (irkiyay). Decaimiento del cuerpo y el espíritu por diferentes motivos como los malos hábitos como el uso excesivo de elementos espirituales.

Unkuy (unguy). Enfermedad o la consumación del desequilibrio, manifiesta síntomas corporales o espirituales, en esta etapa está enfermo el cuerpo, la mente y el espíritu.

Anllayay (anllayay). Agravamiento de la enfermedad, necesita una sumak hampiy de lo contrario el runa podría morir, en esta etapa se pierde la esperanza de vivir.

Las tres características de salud del runa (ser humano andino adulto con la madurez espiritual y con la sabiduría suficiente para criar nueva vida y a la vez ser criado) que se encuentra enfermo son:

- Tristeza y envidia, insatisfacción propensa a la amargura, depresión, problemas familiares y situaciones calamitosas.
- Egoísta y solitario, vive fuera de la norma comunitaria, es absorbido por el mundo que lo rodea.
- Soberbio y violento, es un indicativo de un runa enfermo se niega aceptar ser parte de la comunidad destruyéndose a sí mismo.

El Enfoque Familiar Comunitario e Intercultural

Ecuador en 2008 incorpora la base legal para la administración y gestión institucional de la salud que amparada en el Art. 32 contempla una visión integral al manifestar que:

“Es un derecho [...] vinculando al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir... con los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (*Constitución de la República de Ecuador*, 2008).

Se implementó el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS FCI), con la estrategia de atención primaria en salud renovada, que acompañada de un análisis del proceso de salud y recuperación desde la familia y la comunidad generan espacios participativos, ara Ana Alarcón el enfoque de salud intercultural “relaciona dos dimensiones de la cultura, la cognitiva y material para explicar el fenómeno de salud, enfermedad, recuperación y mantención de la salud” (2003, pp. 1061-1055), siendo importante la comunicación entre mujeres indígenas embarazadas y profesionales de la salud por lo tanto “el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, él no constituye un obstáculo infranqueable en la relación profesional paciente, si los profesionales están abiertos al diálogo y conocen en parte la cultura médica de sus pacientes” (Alarcón M et al., 2003, pp. 1061-1055).

Por lo cual el tener un vínculo con la familia que es nuestra primera comunidad fomenta un dialogo desde la cercanía para el desarrollo de habilidades sociales de pacientes y personal de salud, dinamizando la participación comunitaria en la planificación de acciones de salud como el levantamiento de la ficha familiar en la comunidad pues esta herramienta técnica permite identificar determinantes sociales que representan un riesgo a la salud nominal o global de la comunidad y creando planes de salud para solventar dichos riesgos.

La Visita Domiciliaria

Cada persona percibe el bienestar de diferente manera con requerimientos materiales o espirituales para controlar factores internos o externos que pueden comprometer su vida, visualizando lo social, lo participativo del ser humano al vivir en comunidad. Para Mariane Krause existen 3 conceptos básicos para la atención: la pertenencia, interrelación y cultura común.

La visita domiciliaria es una actividad extramural y elemento cultural aceptado que permite al personal de salud la asistencia sanitaria para la resolución de problemas de salud en

el domicilio, ya sea por una situación de incapacidad física para desplazarse a un establecimiento de salud, o para el seguimiento de pacientes pos-hospitalización dados de alta o personas renuentes al servicio de salud. Esta actividad la realiza un Equipo de Atención Integral en Salud (EAIS), conformado por un médico, una enfermera y técnico (como un paramédico) de atención primaria en salud (TAPS), y este último integra su formación en Atención Primaria en Salud (APS) con elementos culturales indígenas para facilitar las acciones comunitarias.

Las actividades de los EAIS se realizan en brigadas de atención en las comunidades de difícil acceso geográfico, en servicios de salud en instituciones educativas o centros de rehabilitación social, gestionando el apoyo logístico con la comunidad.

“Se argumenta que los sistemas médicos de atención a la salud, así como las respuestas dadas a la enfermedad son sistemas culturales que están en consonancia con los grupos y las realidades sociales que los producen” (Jean Langdo, 2010, p. 177).

La visita domiciliaria es una de las principales actividades extramurales, que con un sistema de registro de ficha familiar incluye variables étnicas y socioculturales, para identificar riesgos a nivel individual, familiar y comunitario, implementando acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

El seguimiento comunitario consta de controles prenatales a la madre, donde se advierte sobre de síntomas que se traduzcan en un peligro durante el embarazo tanto para la madre como para el bebé, tales como fiebre, infecciones de vías urinarias, salida de líquido amniótico y/o sangrado, también se identifican enfermedades preexistentes (enfermedades del corazón), enfermedades maternas no transmisibles (cáncer) o condiciones preexistentes como edad de la madre (mayores de 35 años o adolescentes), el número de partos previos, entre otros, complementado de esta manera el seguimiento médico que muchas veces no se puede realizar en los establecimientos de salud.

En casos de emergencia se realiza un triaje de priorización y derivación al establecimiento de salud de mayor complejidad más cercano, regidas bajo los principios de la bioética médica, al decidir de forma libre e informada sobre un tratamiento médico “acercándose a la realidad en salud procurando su transformación tanto en gestión como en atención en salud” (Agudelo, 2014, p. 33)

CAPITULO III

El Desarrollo Humano en Mujeres Indígenas

Este capítulo explora conceptos del enfoque de desarrollo humano centrado en la persona desde Amartya Sen y Martha Nussbaum, describiendo fundamentos básicos relacionados con el desarrollo humano para luego describir las formas de medición de los IDH que para nuestra investigación se relacionan con la esperanza de vida, IDH e IDHD.

Explorando el Desarrollo Humano

La modernización, la dependencia, los sistemas mundiales y la globalización fueron teorías que en siglo XX abarcaron las teorías del desarrollo como la búsqueda del equilibrio entre bienestar y justicia social dando así un marco conceptual e histórico sustentado en la idea de disminuir la inequidad entre los países.

Los elementos teóricos de Amartya Sen y Martha Nussbaum son cercanos para, describir, entender y evaluar el desarrollo humano desde una mirada de las desigualdades sociales y los derechos humano, por ejemplo, qué tan libre e igualitaria es una sociedad con un grupo vulnerable como las mujeres indígenas, acorde a oportunidades existentes medibles en IDH, ya que poder acceder a derechos fundamentales, y funcionamientos consideradores como “simples” tales como una buena alimentación, una buena salud, no padecer enfermedades prevenibles (como por ejemplo desnutrición o diabetes), no sufrir mortalidad prematura, o funcionamientos complejos poseer dignidad o ser capaz de participar en la comunidad, buscan esta mirada integral del ser humano, “promover la ampliación de oportunidades...en una relación armónica con la naturaleza (Bejarano, 2013, p. 112).

Siendo la capacidad de elegir, la generadora de opciones con implicaciones directas e indirectas en las instituciones sociales, en torno a la libertad Ralf Dahrendorf manifiesta “no podemos valorar el futuro de la libertad social y política sin considerar adecuadamente los conflictos omnipresentes que caracterizan a la sociedad contemporánea” en la cual existe un deterioro de capacidades y funcionamiento. En esta línea de la libertad Nussbaum piensa al ser humano como libre, digno, recíproco con otros, incorporando en su teoría 10 capacidades funcionales humanas centrales (CFHC) o capacidades básicas necesarias para el desarrollo como (Bejarano, 2013):

- 1) Vida. Vida digna y duradera.

2) Salud corporal. Una buena salud, incluyendo la salud reproductiva, con buena alimentación y condiciones de vida adecuadas.

3) Integridad corporal. Capacidad de moverse libremente, poder estar a salvo de violencia (incluyendo la sexual o de género); gozando la satisfacción sexual y elección de reproducción.

4) Sentidos, imaginación y pensamiento. utilizar los sentidos de forma humana, con libertad de expresión, buscar el sentido propio de vida, disfrutar y evitar daños innecesarios.

5) Emociones. tener vínculos afectivos con cosas y personas ajenas a nosotros, sentir pesar ante su ausencia; poder experimentar ira justificada, desarrollo emocional sin miedo o ansiedad como forma de asociación humana.

6) Razón práctica. formar un concepto del bien y ser crítico con su plan de vida, proteger la libertad de conciencia.

7) Afiliación. a) vivir con otros y comprometerse en diversas formas de interacción social como la justicia y la amistad. b) comprender las nociones del amor propio y la no humillación, ser tratados como seres dignos, fomentar la protección contra la discriminación de etnia, sexo, orientación sexual o religión.

8) Otras especies. Vivir en relación armónica con los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza.

9) Capacidad para jugar. reír, jugar, disfrutar del ocio.

10) Control sobre el entorno de cada uno, tanto en lo político como participar en decisiones políticas que gobiernan nuestras vidas, así como en lo material, al poseer propiedades, derecho para buscar empleo en condiciones de igualdad, ser libres de embargos injustificados.

Por lo cual evaluar el bienestar personal se relaciona con el nivel de satisfacción de cada persona en su contexto, valorando algunos elementos más que otros dependiendo de la persona y el lugar, la satisfacción para el desarrollo humano contemporáneo tiene como centro al ser humano, lo que significa superar la visión ortodoxa de la acumulación de recursos materiales como representación del bienestar, pues en la visión centrada en el ser humano revela que, dos personas pueden tener oportunidades diferentes, inclusive teniendo los mismos bienes, por lo cual el desarrollo humano centrado en la persona se relaciona con “la libertad con la que cuenta una persona para alcanzar aquello que valora” (Urquijo, 2014, p. 64).

La medición del desarrollo humano se vincula de esta manera con los derechos humanos y garantías constitucionales que presentaran datos positivos o negativos pues, el Estado, debe proporcionar oportunidades para el desarrollo de capacidades y libertades fundamentales, que permitan una visión integral del ser humano que trabaje por el bienestar individual y colectivo en armonía con la naturaleza, este paradigma nuevo y revolucionario visualiza al ser humano como un sujeto de derechos que tiene el potencial necesario para protagonizar su desarrollo, en este sentido Bejarano manifiesta la calidad de vida y el bienestar social son conceptos que debería ponerse en práctica dentro de los centros de salud ya que estos factores son claves para lograr el desarrollo humano sostenible (2013).

Bejarano (2013) en este punto hace mención a algunos conceptos que fortalecen el paradigma del desarrollo humano centrado en la persona como:

- **La solidaridad:** que es un valor y esencia humana que implica el cambio, el respeto y amor, fomentado por la participación y el empoderamiento de las interrelaciones sociales cuya finalidad es el bien común.
- **El tejido social:** que es el conjunto de relaciones sociales que dan cohesión a un grupo social con el fin de mejorar la calidad de vida mediante la formación de redes que permite la creación de identidad, lazos e incentivos que favorece a las personas alcanzar su máximo potencial.
- **El holismo:** implica relaciones cooperativas dentro del tejido social, plantea el estudio del todo como una totalidad que permite comprender las partes que lo compone entendiendo el funcionamiento particular de esa totalidad como un sistema.
- **El contexto social:** Es una combinación de elementos socioculturales, socioeconómicos y sociopolíticos que influyen en el entorno en el que se desenvuelven e interactúan los actores sociales e institucionales, definiendo de este modo su rol en la sociedad.
- **La sostenibilidad:** es algo cuyo valor debería mantenerse en un futuro.

Índices de Desarrollo Humano

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), desde el año 2010 implementó un método para calcular el IDH en tres dimensiones fundamentales, que reflejan el crecimiento económico y social de un país o grupo étnico específico. Estos índices permiten visualizar el avance o deterioro de dimensiones del ser humano importantes para poder alcanzar

una realización plena, por ejemplo, acorde a datos PNUD 2021 “Por segundo año consecutivo, Ecuador retrocede en IDH, el 2 de marzo de 2021 el país pasó de la posición 85, en el índice de 2019, a la casilla 86 en el de 2020, entre 189 naciones” (PNUD, 2012).

Las dimensiones y características de su medición son:

- La dimensión educación que se mide por el promedio de los años de escolaridad de los adultos de 25 años o más, y por los años esperados de escolaridad de los niños en edad escolar, ambos con un mínimo de cero.
- La dimensión del nivel de vida se mide conforme al PIB per cápita, con el mínimo del INB de 100 USD.
- La dimensión de la salud que se evalúa según la esperanza de vida al nacer, con el mínimo de 20 años.

Ya que “se debe crear en cada sociedad un ambiente favorable a las libertades, al respeto, a los derechos humanos, a la creatividad, al aumento de la autoestima personal y a la generación de riqueza” (Rosales, 2017, p. 67), el índice de desarrollo ajustado por desigualdad (IDHD) evalúa la desigualdad existente en la distribución de la salud, educación e ingresos, entre mayor distancia del IDH y el IDHD mayor desigualdad existe, el IDHD es el nivel real de desarrollo humano, mientras que el IDH es el potencial que se podría alcanzar sin desigualdad.

Ilustración 2

Fórmulas de cálculo IDH

$$IEV = \frac{Eu - 20}{maxEu - 20}$$

$$IE = \frac{\sqrt{IAPE \cdot IAEE}}{\max \sqrt{IAPE \cdot IAEE}}$$

$$\bullet IAPE = \frac{APE}{maxAPE - 0}$$

$$\bullet IAEE = \frac{AEE}{maxAEE - 0}$$

$$IPIB = \frac{\ln(GNIpc) - \ln(100)}{\ln(40,000) - \ln(100)}$$

$$IDH = \frac{1}{3}(IEV) + \frac{1}{3}(IE) + \frac{1}{3}(IPIB)$$

Fuente: Cálculo de índice de desarrollo humano

Glosario del IDHD

- IEV: Índice de esperanza de vida;
- Eu: Esperanza de vida de un país, unidad años;
- IE: Índice de educación;
- IAPE: Índice de años promedio de escolaridad;
- APE: Número de años promedio de escolaridad, unidad años;
- IAEE: Índice de años esperados de escolaridad;
- AEE: Número de años esperados de escolaridad, unidad años;
- IA: Índice de alfabetización adulta;
- IM: Índice bruto de matriculación;
- IPIB: Índice del PIB;
- II: Índice de ingreso;
- GNIpc: Índice de PIB per cápita (PNUD, 2013).

CAPITULO IV

Descripción de Indicadores de Desarrollo Humano y de salud

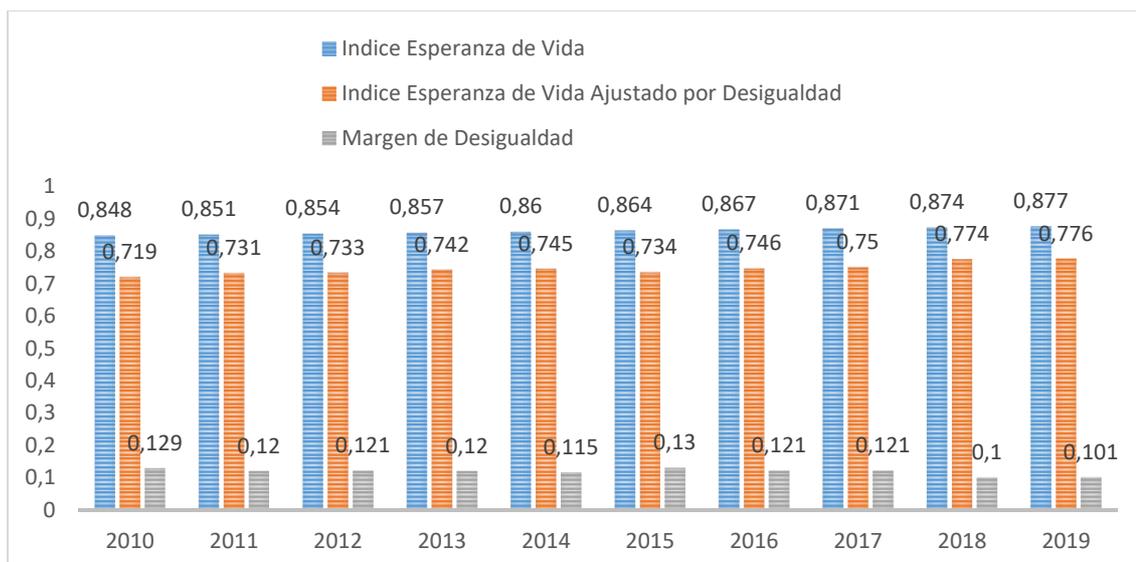
Este capítulo describe los IDH e indicadores de salud para analizar las variaciones positivas o negativas existentes en la salud materna y desarrollo humano del cantón Otavalo entre el año 2008 a 2018, de fuentes como: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el comparativo índice esperanza vida con índice esperanza vida ajustado por desigualdad en el período 2010 a 2019 y la relación proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado (%) y gasto corriente en salud (% del PIB); Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 a 2018, indicadores de mujeres indígenas por autodefinición en edad fértil (15 a 49 años) de 2012 a 2018, parto por cesarí period 2012 a 2018, partos con atención profesional período 2012 a 2018, visitas domiciliarias nacional y provincial período 2008 al 2017, actividades de vigilancia sanitaria nacional y provincial período 2008 a 2018; y datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) relacionada con indicadores de la salud materna intercultural como datos de salud materna intercultural del cantón Otavalo período 2015 a 2020, datos de posición del parto el cantón Otavalo período 2015 a 2020, datos de partos y nacidos en el cantón Otavalo período 2015 a 2020.

Variaciones IDH. Dimensión salud

Acorde a datos de PNUD el índice de esperanza de vida al nacer, desde el año 2010 a 2019, visualiza un aumento progresivo de 0,029% lo cual se relaciona con el aumento de proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado y el aumento de gasto corriente. En el grafico 1 se describe como en el IDHD existe un aumento progresivo y a la par del IDH en el mismo período de 0,057 con un margen entre IDH e IDHD al 2019 de 0,101%, visualizando si un alza en la esperanza de vida al igual que en la desigualdad.

Gráfico 1

Comparativo Índice Esperanza Vida con Índice Esperanza Vida Ajustado por Desigualdad, período 2010 – 2019



Nota: Índice de Esperanza de vida comparada con Índice de Vida Ajustado por Desigualdad. Elaborado por Fausto Cruz. Fuentes: Cálculos de HDRO basados en valores de esperanza de vida de UNDESA (2019).

El grafico 2 describe la relación del porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado como médicos, enfermeras o parteras, que son profesionales de la salud materna y neonatal educados, capacitados y regulados según estándares nacionales e internacionales, con el aumento de gasto corriente para, el desarrollo, la formación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, definiendo el gasto en bienes y servicios de salud, como porcentaje del PIB, excluye los gastos de capital en salud como edificios, maquinaria, tecnología de la información y existencias de vacunas para emergencias o brotes. “Por lo que el sector sanitario no debe verse únicamente como generador de gasto, sino también como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de una economía. Es así que las inversiones destinadas a la mejora de la salud además de una obligación moral o social, son también un conjunto de políticas eficientes desde un punto de vista social y sobre todo económico” (Currais & Rivera, 2005, p. 26).

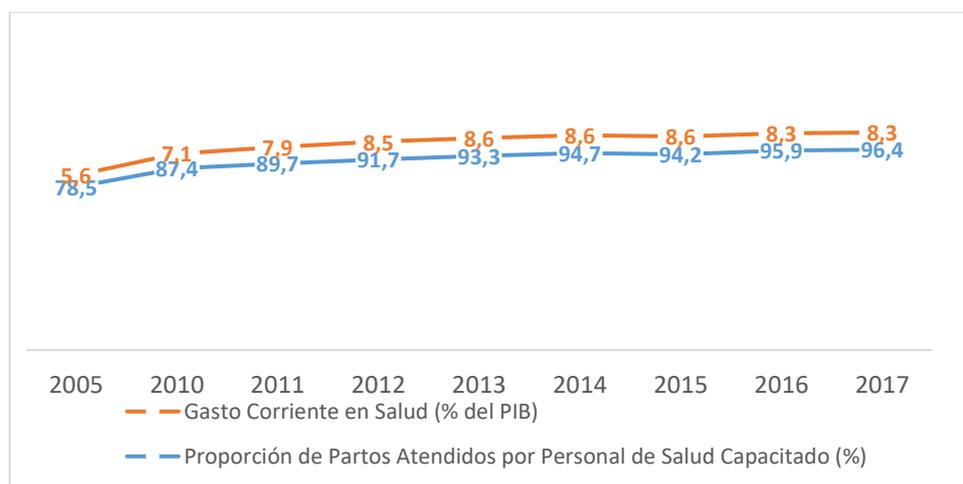
Evidenciando que el porcentaje partos atendidos por personal de salud capacitado en el período 2005 a 2017 tiene una tendencia al aumento de 17,6 % y en lo que respecta al gasto corriente en salud (% del PIB) en el mismo período aumento un 2,7%, mostrando una relación entre el porcentaje de gasto corriente en contratación de talento humano más inversión en infraestructura y equipamiento, con la implementación del modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural, más el contrato de médicos familiares, tutores TAPS y

TAPS para fortalecer el primer nivel de atención en salud, realizando vinculación comunitaria con los servicios de salud materna.

Como dato adjunto, es importante resaltar la construcción de establecimientos de salud tipo A, B y C los cuales cuentan con la infraestructura, talento humano y equipamiento homologado, necesario para la atención, siendo los establecimientos de salud tipo C los de mayor complejidad, con áreas de atención al parto con adaptaciones interculturales.

Gráfico 2

Relación Proporción de Partos Atendidos por Personal de Salud Capacitado (%) y Gasto Corriente en Salud (% del PIB)



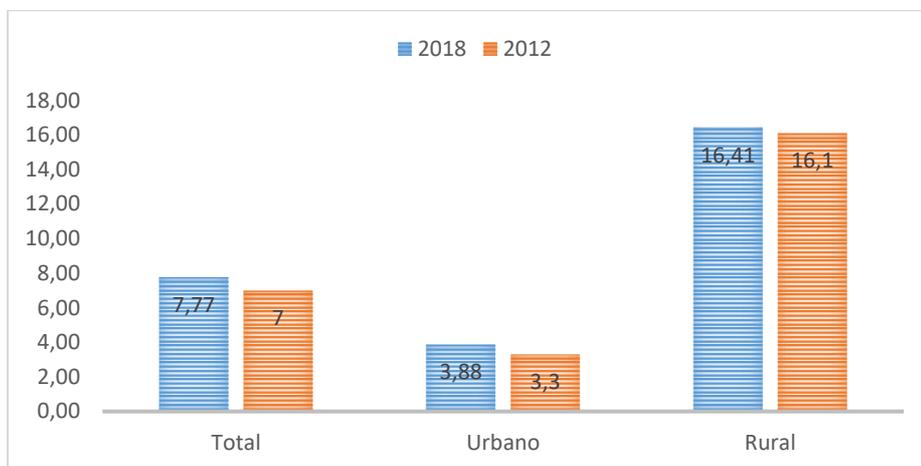
Nota: Relación Proporción de Partos Atendidos por Personal de Salud Capacitado (%) y Gasto Corriente en Salud (% del PIB) 2005 a 2017. Elaborado por Fausto Cruz. Fuentes: División de Estadística de las Naciones Unidas (2020) y Banco Mundial (2020)

Variaciones componente de salud sexual y reproductiva

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 y 2018 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, en su componente de salud sexual y reproductiva reflejan un aumento a nivel nacional de mujeres en edad fértil en el área urbana de un 0,71%, a un 0,85 y en área rural de un 0,40%, lo cual refleja una demanda existente por los servicios de salud materna que se describen en el gráfico 3.

Gráfico 3

Mujeres Indígenas por autodefinición en edad fértil (15 a 49 años:) período 2012 y 2018

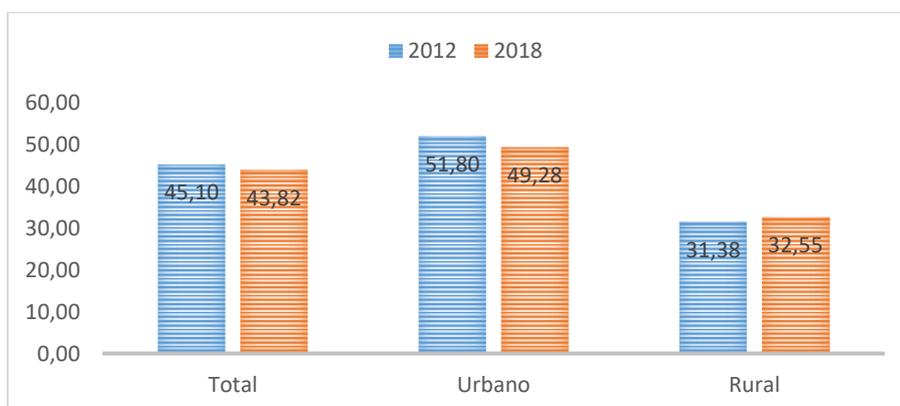


Nota: Mujeres Indígenas por autodefinición en edad fértil (15 a 49 años:) período 2012 y 2018. Elaborado por Fausto Cruz. Fuentes: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012 y 2018).

El gráfico 4, evidencia que el porcentaje de cesarías a nivel nacional en el período 2012 a 2018 presenta una baja de 1,28%, con en porcentaje en lo urbano un porcentaje de 2,52%, en lo urbano y en lo rural un porcentaje de 1,17%, aunque el porcentaje cesarías del área rural sea más alto, resaltando que el 74,9% de cesáreas fueron atendidas en establecimientos privados y un 38,4% en establecimientos públicos.

Gráfico 4

Parto por cesarías período 2012 y 2018

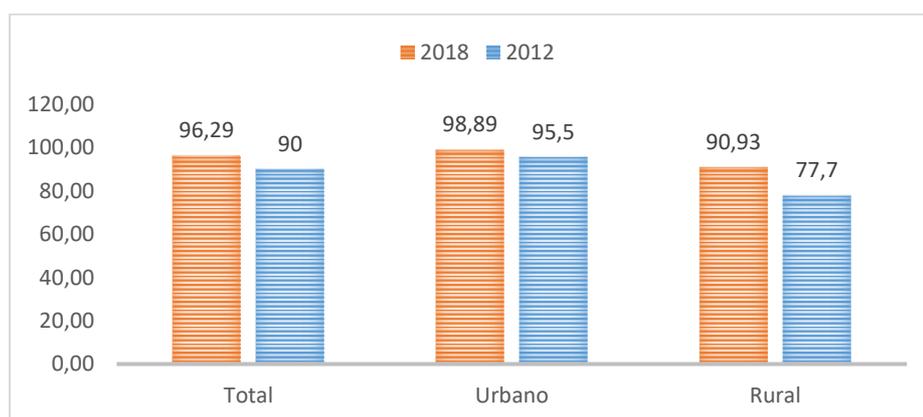


Nota: Partos por cesaríá período 2012 – 2018. Elaborado por Fausto Cruz. Fuentes: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012 y 2018)

El personal de salud está calificado y es competente respecto a la salud materna y neonatal, educado, capacitado, lo cual se encuentra regulado según los estándares nacionales e internacionales, el gráfico 5 refleja una tendencia al alza con un porcentaje de 6,29% en lo nacional, un aumento de 3,39% en lo urbano, con un 13,23% en lo rural, evidenciando alza sustancial en lo rural posiblemente relacionado con el acompañamiento domiciliario que direcciona el parto institucional, al presentar las opciones de parto.

Gráfico 5

Partos con atención profesional período 2012 a 2018



Nota: Partos con atención profesional período 2012 a 2018. Elaborado por Fausto Cruz. Fuentes: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012 y 2018)

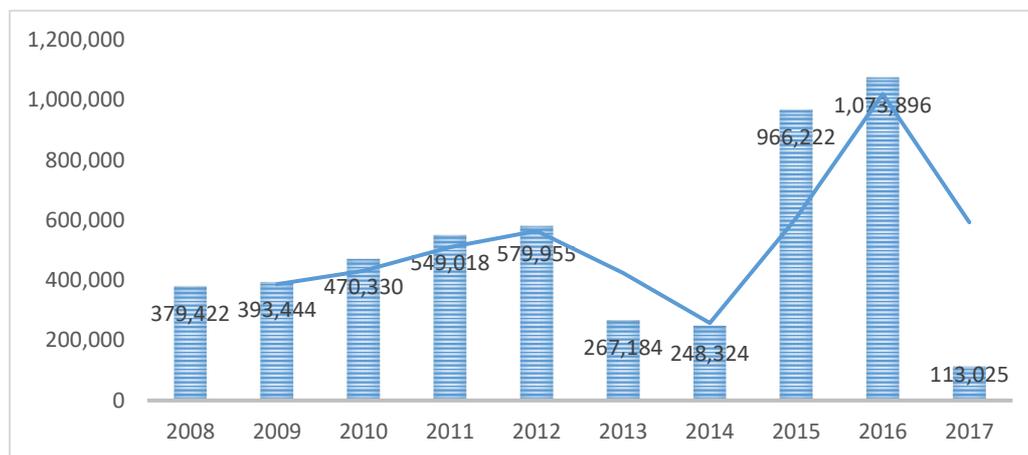
Las visitas domiciliarias al ser actividades participativas fomentan libertades y capacidades para alcanzar el desarrollo humano, representado en IDH de la dimensión salud, según la OMS, la visita domiciliaria constituye la principal estrategia de atención primaria acercando los servicios de salud para conocer el entorno brindando atención médica, seguimiento al paciente y su familia.

Existiendo una tendencia al alza en el período 2008 a 2016, reportando una baja en 2013, 2014 y 2017 (como lo muestra el gráfico 6), la tendencia al alza se puede relacionar con el aumento de personal para fortalecer el primer nivel de atención, así como las atenciones en

su idioma pues como manifiestan “se sienten más a gusto” de acuerdo con las entrevistas realizadas.

Gráfico 6.

Visitas Domiciliarias Nacional Período 2008 a 2017

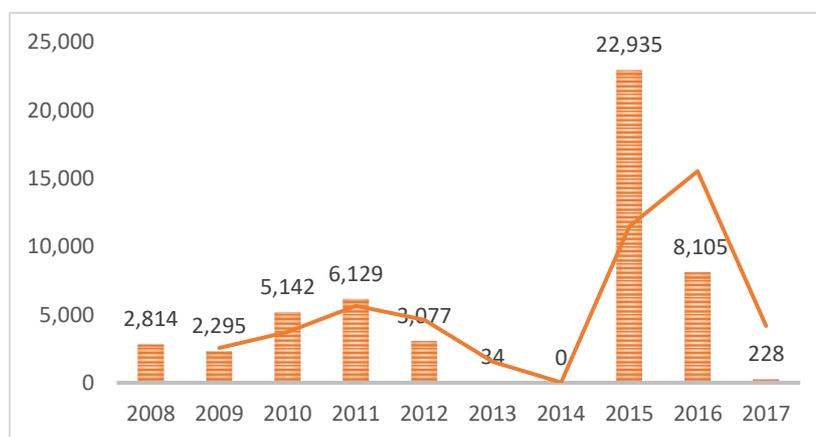


Nota: Visitas Domiciliarias Nacional Período 2008 a 2017. Elaborado por: Fausto Cruz.
Fuentes: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012 y 2018)

El gráfico 7, en la provincia de Imbabura muestra una tendencia al alza con períodos de caída, visualizando un aumento de actividades domiciliarias realizadas por un médico, enfermera u obstetras, registrando 94.393 durante el 2018 estando en la sexta posición de reportes.

Gráfico 7

Visitas Domiciliarias Provincia de Imbabura Período 2008 a 2017

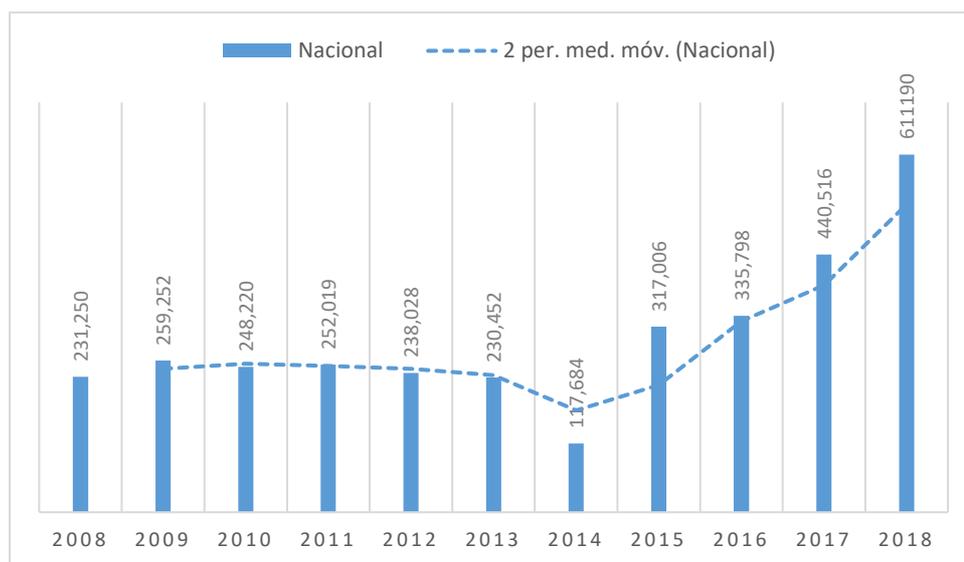


Nota: Visitas Domiciliarias Provincia de Imbabura Período 2008 a 2017. Elaborado por: Fausto Cruz. Fuentes: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012 y 2018).

Acompañando las intervenciones en el domicilio se visualizan las actividades de vigilancia sanitaria, que se enmarcan dentro de la participación social en salud, es un mecanismo de desarrollo comunitario a través del cual la comunidad se organiza y se moviliza para vigilar a las madres gestantes y los niños en situaciones de riesgo, con una tendencia al alza a nivel nacional en el período 2008 a 2018 de 379.940 registro (gráfico 8), y a nivel provincial en el mismo período un registro de 1.962 AVS, evidenciado un seguimiento domiciliario planificado con varios componentes comunitarios (gráfico 9) .

Gráfico 8

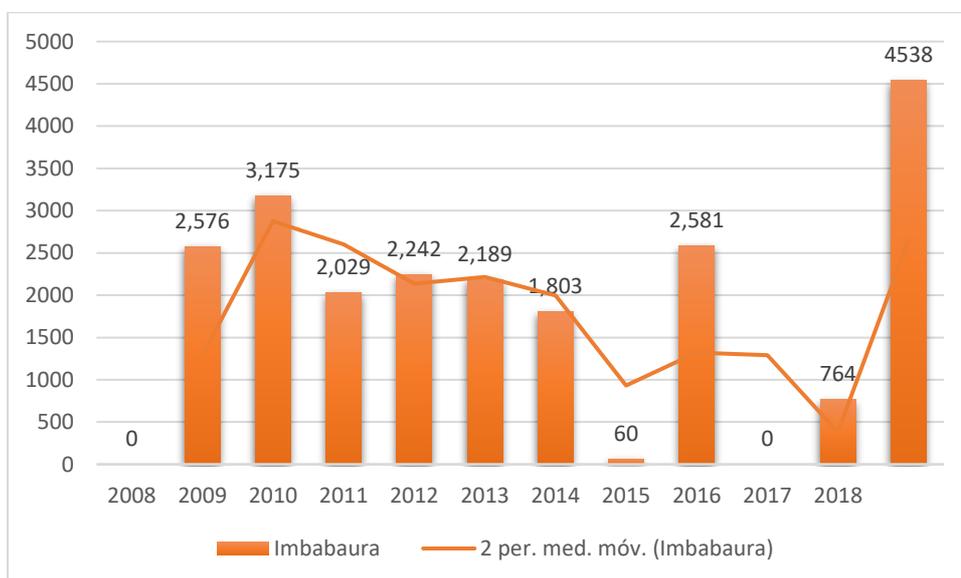
Actividades de Vigilancia Sanitaria Nacional Período 2008 a 2018



Nota: Actividades de Vigilancia Sanitaria Nacional Período 2008 a 2018. Elaborado por: Fausto Cruz. Fuentes: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012 y 2018).

Gráfico 9

Actividades de Vigilancia Sanitaria de la Provincia de Imbabura Período 2008 a 2018



Nota: Actividades de Vigilancia Sanitaria de la Provincia de Imbabura Período 2008 a 2018. Elaborado por: Fausto Cruz. Fuentes: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012 y 2018)

Variaciones Indicadores de Salud

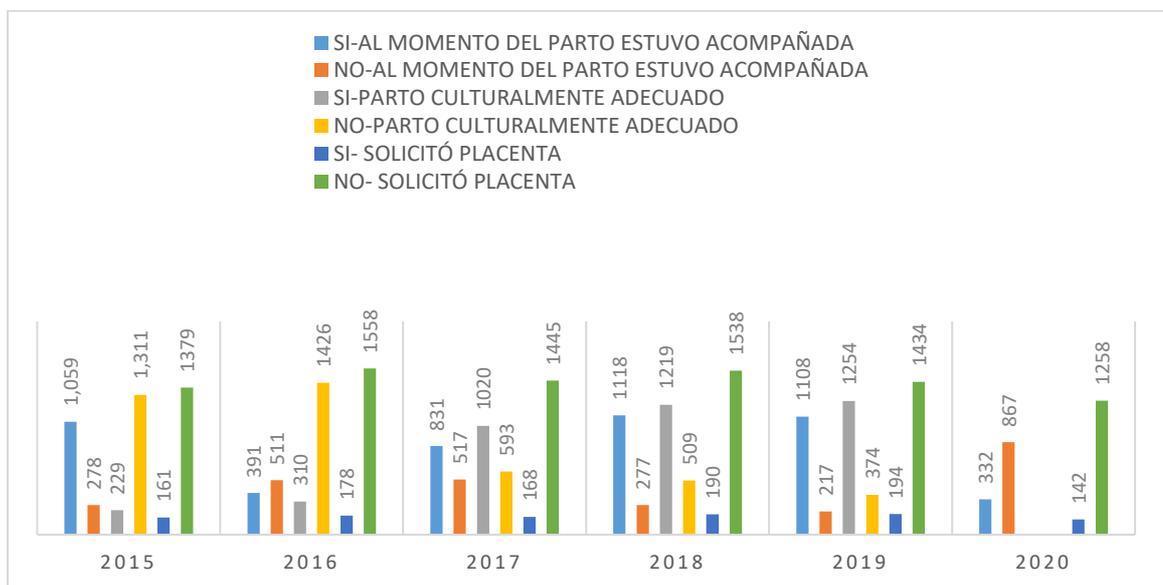
Acorde a datos del Ministerio de Salud Pública en el cantón Otavalo existen 48 parteras identificadas de las cuales 47 articulan con el MSP manteniendo acuerdos como:

- Capacitaciones para parteras certificadas.
- Cronograma para actividades planificadas.
- Talleres de réplica y socialización de la Normativa ESAMyN.
- Seguimiento y evaluación de las referencias y contra referencias comunitarias.
- Respeto mutuo entre el personal de salud y las parteras del cantón para la reducción de muerte materna y neonatal.
- Las parteras se comprometen en lo posible en acompañar a la parturienta al hospital de referencia con el fin de proporcionar datos sobre la atención dada en el domicilio, teniendo como establecimiento de referencia al Hospital Básico San Luis De Otavalo que cuenta con el 100% de adaptaciones.

El gráfico 10 visualiza los servicios de salud materna intercultural con un alza progresiva, por demanda de la población independientemente de su autoidentificación étnica como: al momento del parto estuvo acompañada, el parto fue culturalmente adecuado, si solicitó su placenta. Resaltando la existencia de 28 huertos medicinales en el período de 2015 al 2020 en la provincia de Imbabura los cuales contribuyen al registro y uso de plantas con fines terapéuticos complementarios, pues como manifiesta el personal de salud.

Gráfico 10

Datos de salud materna intercultural del cantón Otavalo período 2015 a 2020



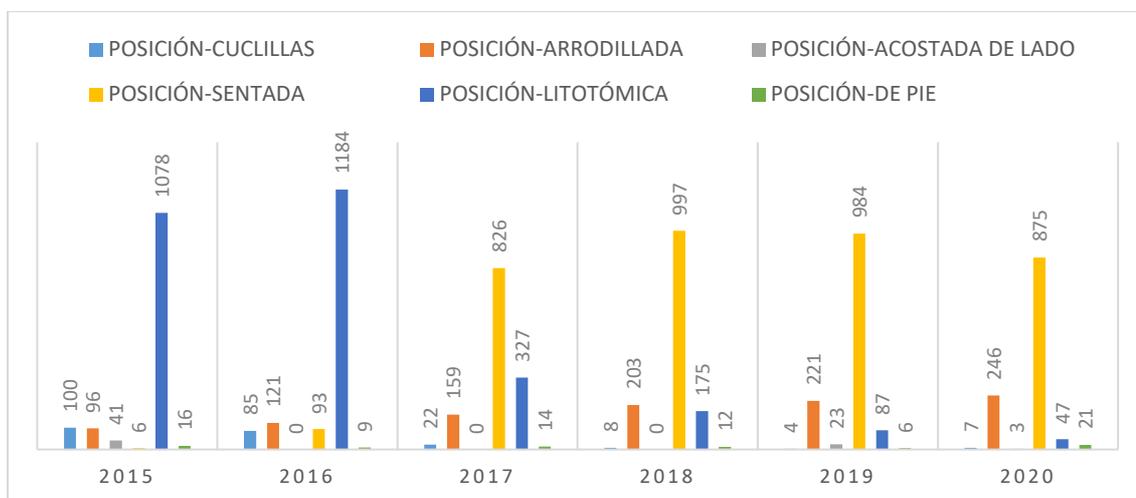
Nota: Datos de salud materna intercultural del cantón Otavalo período 2015 a 2020.

Elaborado por: Fausto Cruz. Fuentes: Ministerio de Salud Pública (MSP 2018)

Una práctica ancestral aceptada en los servicios de salud es el parto vertical que comprende el parto de pie, en cuclillas, de rodillas, sentada o semi sentada, usando la ley de gravedad así como de equipamiento como, pelotas de dilatación, silla holandesa, tela de suspensión a techo, taburete para el parto en cuclillas, colchoneta, dispensador y bolsa de agua caliente, cojines cúbicos y cilíndricos, barras de sujeción para el parto vertical acorde al Acuerdo Ministerial N° 112 de 2020 *Especificaciones técnicas para el área de atención al parto* para el descenso del bebé pues como manifiesta el TAPS “hay embarazadas que tienen confianza en medicina ancestral y tenemos que respetar practicas específicas como la libre posición” en la entrevista realizada.

Gráfico 11

Datos de posición del parto el cantón Otavalo período 2015 a 2020

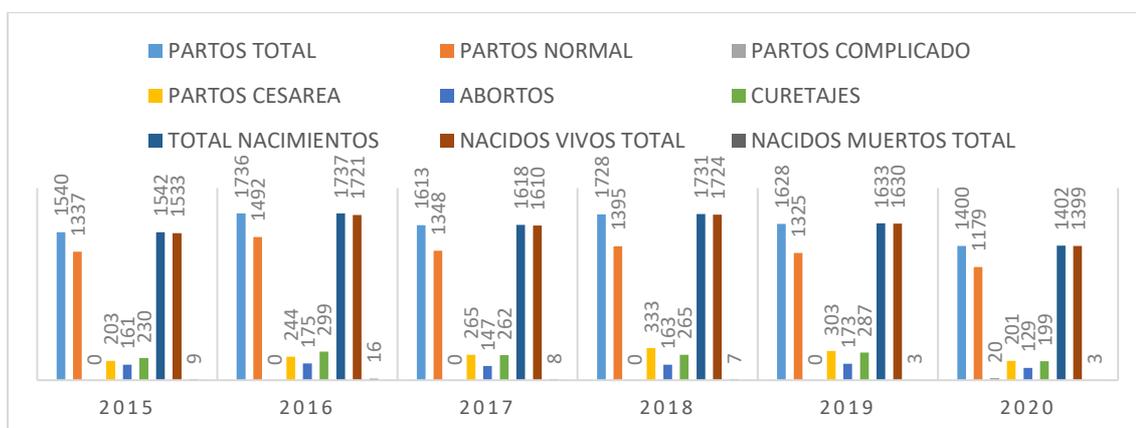


Nota: Datos de posición del parto el cantón Otavalo período 2015 a 2020. Elaborado por: Fausto Cruz. Fuentes: Ministerio de Salud Pública (MSP 2018).

El gráfico 12 visualiza el total de parto, total de nacidos vivos y el total de nacidos muertos, evidenciando cesáreas, abortos, curetajes y complicaciones del parto, evidenciando que los nacidos vivos supera a los nacidos muertos que han ido descendiendo lo cual se puede relacionar con el seguimiento domiciliarios, atención de profesionales de la salud, servicios de salud adaptados.

Gráfico 12

Datos de partos y nacidos en el cantón Otavalo período 2015 a 2020



Nota: Datos de partos y nacidos en el cantón Otavalo período 2015 a 2020. Elaborado por: Fausto Cruz. Fuentes: Ministerio de Salud Pública (MSP 2018).

CAPITULO V

Conclusiones

Describir los servicios de salud materna para mujeres indígenas ecuatorianas del área andina de la provincia de Imbabura entre el año 2008 a 2018, devela que tener opciones para el parto, así como para el seguimiento antes y después del parto, con enfoque familiar, comunitarios e intercultural como la visita domiciliaria, con el acompañamiento del técnico en atención primaria en salud, elegir la posición durante el parto, el contacto piel con piel con él recién nacido, es clara muestra de respeto a la diversidad cultural que posee Ecuador, y que esta promueve la participación y acceso oportuno ha servicios de salud de forma integral, a través de la articulación de los agentes comunitarios, comités de salud, parteras del sistema cantonal de salud, aterrizando los problemas y soluciones en la realidad local. Sobre la participación comunitaria, se puede coincidir con Maritza Montero (1996) quien menciona "yendo más allá podríamos decir que esa relación... es de mutua transformación: el participante construye y modifica el objeto o hecho en el cual participa, y el hecho de hacerlo, es también transformado" (Montero, 1996, p. 8).

Explorar el enfoque intercultural en la salud materna de mujeres indígenas ecuatorianas de la provincia de Imbabura entre el año 2008 a 2018, demuestra que el enfoque intercultural en salud materna en Ecuador incorpora prácticas culturales indígenas andinas como elementos importantes para la atención de mujeres embarazadas mestizas e indígenas, como la libre posición en el parto, los huertos medicinales, el acompañamiento durante el parto, que adapto servicios para la atención extramural en lo comunitario, ampliando opciones para la atención y el seguimiento de mujeres indígenas pues " aspira a fortalecer la atención primaria de salud y el reconocimiento del rol en la comunidad" (Ministerio Coordinador del Patrimonio, 2009, p. 99).

Explorar el impacto de la salud materna con enfoque intercultural en el desarrollo humano de mujeres indígenas en la provincia de Imbabura entre el año 2008 a 2021 demuestra que el proyecto indígena de la interculturalidad supera el campo epistemológico, abordando espacios que abogan por la defensa de la diversidad como la salud intercultural que a través de prácticas como la libre posición que son usadas por todas las mujeres, velan por la salud materna, así como por el reconocimientos y conservación de prácticas ancestrales propias para las nuevas generaciones, ya que la interculturalidad es una herramienta para la transformación

social que incorpora cambios en todos los niveles como, políticas públicas, sociedad civil, conciencia individual y colectiva.

Describir variaciones de IDH e indicadores de salud materna de la provincia de Imbabura entre el año 2008 a 2018, demuestra que existe un sesgo biomédico occidental en los procesos de salud pues, aunque existe incorporado los enfoques familiar, comunitario e intercultural que mejoran las capacidades de mujeres embarazadas, la visión medica e institucionalización de los procesos de salud limita el análisis de datos, ya que los datos relevantes como las atenciones extramurales que visibilizan indicadores relacionado con etnia o interculturalidad, están desactualizados o no se consolidan, evidenciando que la desagregación étnica se pierde en indicadores generales.

Resaltando que un sentir del TAPS, así como de las personas de saber, en las entrevistas, es que para mejora procesos en política pública se debe: 1) “identificar e intercambiar saberes, legitimar en la red de salud con los actores de la medicina ancestral. 2) Implementar más espacios de atención en salud intercultural en el primer nivel de atención en los cuales se eduque al personal de salud sobre la comunidad para abordar y aplicar técnicas tanto ancestrales como contemporánea ejecutándose con equidad y evidenciando el entorno del usuario. 3) Mejorar el sistema de recolección de información periódica, sistematización y retroalimentación de indicadores para la creación de políticas públicas acorde a la realidad. 4) Destinar presupuesto necesario para cumplir con todo el ciclo de la política pública. 5) Fortalecer la articulación con actores locales que son las bases de pueblos y nacionalidades. 6) incluir de forma activa a mujeres como protagonistas de los procesos y saberes.

CAPITULO VI

Referencias bibliográficas

- Agudelo, M., & Diana. (2014). *Salud Intercultural. Encrucijadas del vivir bien y el Sumak Kawsay en Bolivia y Ecuador* [Universidad Andina Simón Bolívar].
<http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/4268>
- Alarcón M, A. M., Vidal H, A., & Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Albó, X. (2004). Interculturalidad y salud. En G. Fernández (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina*. Abya Yala. https://www.bivica.org/files/ag_salud-interculturalidad-perspectivas_a.pdf
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de Salud y la interdisciplinariedad. *Universidad de los Andes*.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2781925.pdf>
- Atención primaria de salud. (2021). En *Wikipedia, la enciclopedia libre*.
https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud&oldid=134798060
- Bejarano, N. (2013). *Desarrollo Humano Sostenible y Política Local de Salud. Caso Distrito Metropolitano de Quito-Administración Zonal la Delicia* [Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5PszlK5cP1sJ:repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/6065/T-PUCE-6309.pdf%3Fsequence%3D1+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec&client=opera>
- Briceño-León, R. (1999). Las ciencias sociales y la salud. En R. Briceño-León (Ed.), *Ciencias sociales y salud en América Latina: Un balance* (p. 392). Fundación Empresa Polar.

<https://bibliofep.fundacionempresaspoliar.org/publicaciones/libros/ciencias-sociales-y-salud-en-américa-latina-un-balance/>

Campo, L. (2008). *Diccionario básico de antropología*. Abya Yala.

<https://books.google.com.ec/books?id=WBqOA29moiQC&printsec=frontcover&dq=Diccionario+b%3%A1sico+de+antropolog%C3%ADa+%2B+lorena+campos&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjx0ffsxcnuAhWwTDABHa7BCosQ6AEwAHoECAAQA#g#v=onepage&q=Diccionario%20b%3%A1sico%20de%20antropolog%C3%ADa%20%2B%20lorena%20campos&f=false>

Castro, A. (2021). *Hospitales en Quito y Otavalo se certifican como Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño*. <https://www.unicef.org/ecuador/historias/hospitales-en-quito-y-otavalo-se-certifican-como-establecimientos-amigos-de-la-madre-y-el>

CEPAL, & Observatorio de la Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. (2013). *Mujeres indígenas en América Latina: Dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*. CEPAL.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/4100-mujeres-indigenas-america-latina-dinamicas-demograficas-sociales-marco-derechos>

Constitución de la República de Ecuador. (2008). <https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>

Cruz, E. (2013). *Pensar la interculturalidad: Una invitación desde Abya Yala / América Latina*. Abya Yala. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/135535-opac>

Currais, L., & Rivera, B. (2005). La inversión en salud como gasto público productivo: Un análisis de su contribución al crecimiento económico. *Presupuesto y gasto público*, 39, 103-120.

Derecho a la Salud (C. Rodríguez, Trad.). (2012). Humanium.

<https://www.humanium.org/es/derecho-salud/>

El Comercio. (2020, marzo 22). *Coronavirus en Ecuador: Un ABC de la cuarentena, restricciones, teletrabajo*. El Comercio.

<https://www.elcomercio.com/actualidad/coronavirus-cuarentena-ecuador-teletrabajo-salvoconductos.html>

Go Raymi. (2020, mayo). *Pueblos indígenas de la Sierra*. GoRaymi.

<https://www.goraymi.com/es-ec/ecuador/culturas-nacionalidades/pueblos-indigenas-sierra-at8om127v>

INEC. (2019). *Salud, Salud Reproductiva y Nutrición* /.

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>

Jean Langdo, E. (2010). *Anthropology, health and illness: An introduction to the concept of culture applied to the health sciences* Anthropology, health and illness: An introduction to the concept of culture applied to the health sciences (F. Cruz, Trad.). *Universidad Estadual de Londrina*.

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhwvjTB/abstract/?lang=es>

Ministerio Coordinador del Patrimonio. (2009). *Lineamientos para la construcción de políticas públicas interculturales*. FLACSO Ecuador.

<https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/124818-opac>

Ministerio de Salud Pública. (2008). *Guía técnica de la atención del parto culturalmente adecuado* (Sofía Pozo, G. Fuentes, & L. Calderón, Eds.).

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUÍA%20%20TÉCNICA%20PARA%20LA%20ATENCIÓN%20DEL%20PARTO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf>

Montero, M. (1996). *Participación Ámbitos Retos Y Perspectiva* (CESAP).

Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. Naciones Unidas.

https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

Naciones Unidas. (2021, agosto 9). *Día Internacional de los Pueblos Indígenas*. United Nations; United Nations. <https://www.un.org/es/observances/indigenous-day>

PNUD. (2012). *Desarrollo Humano*. El PNUD en México.

https://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/ourwork/povertyreduction/in_dept_h/desarrollo-humano.html

PNUD. (2013). *Cálculo del Índice de Desarrollo Humano*. PNUD.

[https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/431AF2606792BACE05257D0F0051220D/\\$FILE/258_pdfsam_Informe_nacional_sobre_Desarrollo_Humano_Paraguay_2013.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/431AF2606792BACE05257D0F0051220D/$FILE/258_pdfsam_Informe_nacional_sobre_Desarrollo_Humano_Paraguay_2013.pdf)

Rivadeneira. (2013, diciembre 1). Sumak Kawsay en Sumpa—Santa Elena [La Línea de fuego]. *Sumak Kawsay en Sumpa - Santa Elena*.

<https://lalineadefuego.info/2013/09/20/el-sumak-kawsay-en-sumpa-santa-elena-por-guadalupe-rivadeneira-nunez/>

Rosales, M. (2017). El Desarrollo Humano: Una Propuesta Para Su Medición. *Universidad de los Andes*, 22, 12.

Salud Materno infantil. (2017). <https://www.unicef.org/ecuador/salud-materno-infantil>

UNICEF. (2009). *Interculturalidad: Reflexiones desde la práctica*. (UNICEF). UNICEF.

<http://openbiblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55524.pdf>

Universidad Intercultural Amawtay Wasi. (2000). *Módulo de sensibilización de salud y medicina intercultural*.

Urquijo, M. (2014). La teoría de las capacidades en Amartya Sen. *Edetania: estudios y propuestas socio-educativas*, 46, 63-80.

Vacacela, R. (2007). *Sumac Causai. Vida en armonía*. IQBSS - Instituto Quichua de Biotecnología Sacha Supai.

ANEXOS

1.- Respaldo virtual de entrevistas:

Perfil Académicos Y Organizaciones Sociales 3:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/10bRElgX9NI9TtXUVaUPUzkPxZKyOSm04Thj4-_rU6wE/edit?usp=sharing

Perfil Persona de Saber 1:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1maY72PRPqJufh1bhU2KL9t1-z6NflxXZoQeUvGP4gTc/edit?usp=sharing>

Perfil Autoridades Y Profesionales De La Salud 4:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1hYwPzS8Y0Z3T_nnrjvqXzv5RcSC7xpJE_yunna5pO-E/edit?usp=sharing

Perfil Técnicos En Atención Primaria En Salud 9:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/12gQDV6nWW5fWChZvZj9B3Xwa1yvxpIP7DF5Y_nuugLI/edit?usp=sharing

Perfil Mujeres Indígenas Usuaría 0:

2.- Pautas de entrevistas acorde a perfil:

Perfil Académicos Y Organizaciones Sociales

Guía de pautas:

Fecha:

Nombre del entrevistador:

Disculpe la molestia mi nombre es _____, estoy realizando una investigación sobre salud materna para mujeres indígenas y quisiera hacerle una breve entrevista.

Información General Del Entrevistado:

Nombre:

Genero: Masculino () Femenino ()

Nivel de estudio

Institución en la que trabaja u organización:

Rol que desempeña:

1. ¿Qué es la interculturalidad en salud?
2. ¿Podría mencionar elementos culturales relevantes para la mujer indígena?
3. ¿Cuáles son los elementos culturales más importantes en el parto de mujeres indígenas?
4. ¿Cómo describe la atención materna para mujeres indígenas y mujeres mestizas?
¿Existen diferencias?
5. ¿Podría mencionar elementos culturales incorporados en la salud materna para mujeres indígenas y mujeres mestizas?
6. ¿Podría describir la importancia de incorporar el enfoque intercultural en salud?
7. ¿Cuáles son las barreras para la atención materna en mujeres indígenas?
8. ¿Podría mencionar al menos 3 aspectos para mejorar las políticas públicas en salud intercultural del país?

Perfil Personas De Saber

Guía de pautas:

Fecha:

Nombre del entrevistador:

Disculpe la molestia mi nombre es _____, estoy realizando una investigación sobre salud materna para mujeres indígenas y quisiera hacerle una breve entrevista.

Información General Del Entrevistado:

Nombre:

Genero: Masculino () Femenino ()

Comunidades en las que desempeña sus actividades:

1. ¿Cómo llaman acá a las personas de la comunidad que saben curar y atender la salud de manera tradicional?
2. ¿Tiene usted una especialidad o atiende de todo?
3. ¿Cómo adquirió sus conocimientos?
4. ¿Las mujeres embarazadas se contactan con usted a través del ministerio de salud?
5. ¿Cómo se contactan las mujeres embarazadas con usted?

6. ¿En su trabajo usted atiende a mujeres mestizas e indígenas? ¿Existen diferencias?
7. ¿Recibe algún reconocimiento económico del ministerio de salud o de la mujer embarazada?
8. ¿Cuáles son las 3 principales actividades que realiza para la atención de mujeres embarazadas?
9. ¿Recomienda elementos como plantas, posturas o alimentos de la medicina tradicional para mujer embarazada, y por qué?
10. ¿Alguna vez ha complementado la atención a mujeres embarazadas con los médicos del establecimiento de salud más cercano? ¿Puede contarnos su experiencia?
11. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno lo “muy poco” y cinco “mucho”, considera que su trabajo es importante para la mujer embarazada y por qué?

1 “muy poco” y 5 “mucho”				
1	2	3	4	5
				

12. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno lo “muy poco” y cinco “mucho”, considera que su trabajo se relaciona con acciones del médico y por qué?

1 “muy poco” y 5 “mucho”				
1	2	3	4	5
				

13. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno lo “muy poco” y cinco “mucho”, considera que su trabajo se relaciona con el bienestar de la madre, niño y comunidad, y por qué?

1 “muy poco” y 5 “mucho”

1	2	3	4	5
				

14. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno lo “muy poco” y cinco “mucho”, podría mencionarnos si el MSP apoya a su trabajo?

1 “muy poco” y 5 “mucho”				
1	2	3	4	5
				

15. En caso la respuesta a la pregunta anterior sea sí, ¿Podría describirnos cómo?

16. ¿Podría mencionar 3 aspectos para mejorar su trabajo para mujeres indígenas y mestizas si acuden?

Perfil Autoridades Y Profesionales De La Salud

Guía de pautas:

Fecha:

Nombre del entrevistador:

Disculpe la molestia mi nombre es _____, estoy realizando una investigación sobre salud materna para mujeres indígenas y quisiera hacerle una breve entrevista.

Información General Del Entrevistado:

Nombre:

Genero: Masculino () Femenino ()

Función que desempeña:

Edad:

1. ¿Podría describirnos la relación de su trabajo con la implementación del enfoque intercultural en los servicios de salud?
2. ¿Cómo se realiza la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud en los que usted trabaja?

3. ¿Cómo ayuda el enfoque intercultural en la salud materna de mujeres indígenas?
4. ¿Puede mencionar 3 barreras que impidan la atención intercultural en el parto?
5. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno “no recogen en absoluto” y cinco “los incorporan por completo” considera que las políticas de salud materna recogen conocimientos indígenas?, podría mencionar al menos 3?
6. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno “no lo fomenta en absoluto” y cinco “es la mejor herramienta para el bienestar de las mujeres”, ¿considera que los establecimientos de salud amigos de la madre y el niño, fomenta el bienestar de mujeres indígenas? Explíquenos su respuesta.
7. ¿De los siguientes elementos podría describirnos cuales usted considera influyen en la salud de mujeres indígenas y si usted aumentaría alguno? (Las decisiones políticas, Sexo de la persona, La ocupación o trabajo, Su nivel de educación, Las condiciones del medio ambiente en que vive, Factores biológicos o físicos, Su comportamiento y conducta)
8. ¿Podría mencionar 3 aspectos para mejorar las políticas públicas en salud intercultural del país?
9. ¿Qué entiende usted por bienestar?
10. ¿Qué entiende usted por desarrollo?

Perfil Técnicos En Atención Primaria En Salud

Guía de pautas:

Fecha:

Nombre del entrevistador:

Disculpe la molestia mi nombre es _____, estoy realizando una investigación sobre salud materna para mujeres indígenas y quisiera hacerle una breve entrevista.

Información General Del Entrevistado:

Nombre:

Genero: Masculino () Femenino ()

Establecimiento de salud en el cual trabaja:

Edad:

Contrato: Nombramiento () Provisional () Servicios profesionales () Ninguno ()

Tiempo de trabaja en el establecimiento de salud:

1. ¿Podría describirnos cuáles son las principales actividades en la comunidad que realiza para atender mujeres indígenas embarazadas?
2. ¿Cuáles son las 3 actividades que más realiza para las mujeres indígenas embarazadas y por qué?
3. ¿La atención del establecimiento de salud es amigable con las mujeres indígenas embarazadas (sí, no) y por qué?
4. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno “nada importante” y “cinco muy importante”, considera que el acompañamiento en la comunidad para mujeres embarazadas indígenas es importante y por qué?

1 nada importante y 5 muy importante				
1	2	3	4	5
				

5. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno “la información que proporciono no es veraz ni oportuna” y “cinco la información que proporciono es veraz y oportuna” considera que la información proporcionada es veraz y oportuna para la mujer embarazada?

1 la información que proporciono no es veraz ni oportuna y 5 la información que proporciono es veraz y oportuna				
1	2	3	4	5
				

6. ¿Mencione al menos 3 tipos de información que usted proporcione a la mujer embarazada?
7. ¿Ha incorporado medicina tradicional en la atención comunitaria para mujeres embarazadas (sí, no) y por qué?
8. ¿Podría describirnos 3 ejemplos de prácticas implementadas para la mujer embarazada que usted realice?

9. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno “no ayuda en absoluto” y cinco “es la mejor herramienta”, ¿considera que la salud materna en la comunidad fomenta el bienestar de mujeres indígenas? Explíquenos su respuesta.

1 “no ayuda en absoluto y 5 es la mejor herramienta”				
1	2	3	4	5
				

10. ¿De los siguientes elementos podría describirnos cuales usted considera influyen en la salud de mujeres indígenas y si usted aumentaría alguno? (Las decisiones políticas, Sexo de la persona, La ocupación o trabajo, Su nivel de educación, Las condiciones del medio ambiente en que vive, Factores biológicos o físicos, Su comportamiento y conducta)
11. ¿Podría mencionar 3 aspectos para mejorar las políticas públicas en salud intercultural del país?
12. ¿Qué entiende usted por bienestar?
13. ¿Qué entiende usted por desarrollo?

Perfil Mujeres Indígenas Usuaría

Guía de pautas:

Nombre del entrevistador:

Fecha:

Disculpe la molestia mi nombre es _____, estoy realizando una investigación sobre salud materna para mujeres indígenas y quisiera hacerle una breve entrevista.

Información General Del Entrevistado:

Nombre:

Edad:

Comunidad a la que pertenece:

Cuantos hijos tiene:

1. ¿Podría decirme cuantos años vive en esta comunidad?

2. ¿La persona que le visita del establecimiento de salud para saber cómo está su embarazo usa su idioma (si, no),
3. ¿Esto facilita o dificulta su atención médica y por qué?
4. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno “no me gusta para nada” y cinco “me gusta mucho”, le gusta que la persona del establecimiento de salud haga el seguimiento de su embarazo y por qué?

1 “no me gusta para nada” y 5 “me gusta mucho”				
1	2	3	4	5
				

5. ¿Cuánto tiempo demora desde su casa al establecimiento de salud más cercano?
6. ¿Cuándo usted va al establecimiento de salud el personal la atiende en su idioma (si, no)?
7. ¿Esto facilita o dificulta su atención médica y por qué?
8. ¿Durante su consulta se le recomendó o recetó usar alguna planta medicinal y cómo usarlo (si, no)
9. Si la respuesta es sí ¿Cuáles y para qué sirven?
10. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno “me ignoran” y cinco “me atienden con respeto”, considera que en el establecimiento de salud es bien atendida?

1 me ignoran y 5 me atienden con respeto				
1	2	3	4	5
				

11. ¿Antes de ir al establecimiento de salud, intentó usted resolver su problema usando medicina tradicional (si, no)?

12. Si la respuesta es sí ¿Podría compartírnos 2 prácticas tradicionales de salud que usted practique para su embarazo y para qué sirven?
13. ¿El personal de salud le han dado la opción de tener un parto en libre posición (si, no)?
14. ¿Le han preguntado si desea estar acompañada de un familiar durante el parto (si, no)?
15. ¿En una escala de 1 al 5, siendo uno “no me interesa” y cinco “participo activamente”, considera importante participar en acciones comunitarias para el bienestar de su familia y por qué?

1 no me interesa y 5 participó activamente				
1	2	3	4	5
				

16. ¿Podría mencionar 3 aspectos que el personal de salud podría mejorar para la atención de la mujer embarazada?
17. ¿Qué entiende usted por bienestar?
18. ¿Qué entiende usted por desarrollo?