

Lineamientos para la Construcción de Políticas Públicas Interculturales



LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS INTERCULTURALES

La presente publicación ha sido elaborada en el marco del Programa Desarrollo y Diversidad Cultural para la Reducción de la Pobreza y la Inclusión Social, implementado por el Ministerio Coordinador de Patrimonio del Ecuador, con el apoyo del Sistema de Naciones Unidas, y el financiamiento del Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del Gobierno de España.

El Programa busca fortalecer el ejercicio de los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades; incrementar su participación política; reducir la discriminación; promover la igualdad de oportunidades de los grupos excluidos por razones étnicas, y generar información pertinente a la diversidad cultural para la toma de decisiones de política pública. El Programa contribuye a la consecución del Plan Nacional de Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República del Ecuador

María Fernanda Espinosa
Ministra Coordinadora de Patrimonio

Equipo UNESCO
Iván Fernández
María Rosa Cornejo

Equipo del Ministerio Coordinador de Patrimonio
Verónica Chávez
Marcelo Córdoba

Equipo del Programa Desarrollo y Diversidad Cultural
Alfredo Villacrés
Ángela Narváez

Concepto Editorial Ministerio Coordinador de Patrimonio
Excelprint

Impresión
Excelprint

Quito, octubre 2009

® Se autoriza la reproducción del contenido citando la fuente.

Programa Desarrollo y Diversidad Cultural
Alpallana E7-50 y Whymper, Mezanine
Telf.: (02) 255 7933
avillacres@ministeriopatrimonio.gov.ec

ÍNDICE

• Presentación.....	ix
LA INTERCULTURALIDAD: PANEL CENTRAL DE ESPECIALISTAS	1
• ¿Cómo abordar la interculturalidad? Interculturalidad, Plurinacionalidad y Ciencias Sociales en el Ecuador <i>Susana Andrade</i>	3
• La Interculturalidad y las Políticas Públicas <i>Fernando García Serrano</i>	16
• La Interculturalidad y los Objetivos del Milenio <i>Ricardo Moreno</i>	32
EDUCACIÓN INTERCULTURAL	45
• Educación Intercultural: Repensar la Educación Intercultural Bilingüe <i>Ariruma Kowii</i>	47
• La Educación Intercultural Bilingüe como Foro Público Nacional <i>José Antonio Figueroa</i>	54
• La Educación Básica Hispana y la Interculturalidad: Avances y Desafíos <i>Sebastián Granda Merchán</i>	68
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública de Educación Intercultural</i>	80
INTERCULTURALIDAD Y MODELOS DE SALUD	87
• Interculturalidad y Modelos de Salud <i>Luis Fernando Calderón</i>	89
• Modelo de Atención de Salud con Enfoque Intercultural: Hospital San Luis de Otavalo <i>José Terán</i>	97
• Interculturalidad y Modelos de Salud: La Experiencia del Cantón Loreto <i>Amilcar Albán</i>	109
• Participación de la Comunidad Indígena en el Control de la Tuberculosis: Una Mirada a la Interculturalidad <i>María Dolores Campoverde</i>	120
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad y Modelos de Salud</i>	131

INTERCULTURALIDAD Y AMBIENTE	135
• Interculturalidad y ambiente <i>David Cháves</i>	137
• Interculturalidad y ambiente <i>Paúl Maldonado Viera</i>	143
• Interculturalidad y ambiente <i>Anita Krainer</i>	148
• Diversidad Biocultural y Adaptación al Cambio Climático <i>João Stacishin de Queiroz</i>	157
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad y Medio Ambiente</i>	168
 INTERCULTURALIDAD Y JUSTICIA	 171
• Interculturalidad y Justicia <i>Franco Sánchez</i>	173
• Interculturalidad y Justicia <i>Edgar Willam Guatemal Campués</i>	178
• El Anclaje de la Interculturalidad <i>Santiago Argüello</i>	194
• Interculturalidad y Reformas Normativas <i>Ramiro Ávila Santamaría</i>	197
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad y Justicia</i>	201
 INTERCULTURALIDAD, PATRIMONIO Y SABERES	 205
• Diálogo Intercultural de Saberes <i>Gabriela Eljuri Jaramillo</i>	207
• Interculturalidad y Patrimonio Cultural <i>Dora Arízaga Guzmán</i>	215
• “Interculturalidad, Patrimonio y Saberes” <i>Rodrigo De La Cruz</i>	225
• Interculturalidad de la Interculturalidad, Reflexiones en el Camino <i>Jorge García</i>	237
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad, Patrimonio y Saberes</i>	247

INTERCULTURALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	251
• Sistema Nacional de Información, “Un Nuevo Modelo para la Gestión de la Información” <i>Alejandra Calderón</i>	253
• La Interculturalidad y la Inclusión de la Diversidad Étnica y Cultural en los Sistemas de Información Nacionales <i>Lenin Cadena</i>	257
• La Noción de Interculturalidad y los Procesos de Inclusión de la Diversidad Étnica en la Producción de Información Estadística <i>Luis Pijal</i>	263
• Interculturalidad e Inclusión de la Diversidad Étnica y Cultural en los Sistemas de Información <i>Jorge Cóndor</i>	276
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad y Sistemas de Información</i>	283
 INTERCULTURALIDAD Y CIUDADANÍA	 287
• Interculturalidad y Ciudadanía: Una Visión desde el Pueblo Afroecuatoriano <i>José Chalá Cruz</i>	289
• Interculturalidad, Género y Ciudadanía <i>María Andrade Chalán</i>	299
• Interculturalidad y Ciudadanía: Consejo de Desarrollo de Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador – CODENPE <i>Ampam Karakras</i>	304

MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Hospital San Luis de Otavalo

José Terán

INTRODUCCIÓN

CONSIDERANDO QUE:

La Constitución Política del Ecuador (2008) caracteriza al Estado como una entidad de derechos, justicia social, democrática, soberana, independiente, unitaria, intercultural, plurinacional y laico. (Art. 1).

Que las comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, el pueblo afro ecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado Ecuatoriano, único e indivisible. (Art. 56)

Que en la Constitución actual se concibe una nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza, para alcanzar el buen vivir, el *sumak kawsay*. Una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas y las colectividades.

Que una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas, sentada, arrodillada, entre otras (parto tradicional).

Que el 52% de la población del Cantón Otavalo, corresponde a la población indígena.

Que en el país y en particular en el cantón Otavalo, por la realidad local, demanda de la población, lucha constante del pueblo indígena a través de las organizaciones para el respeto y reconocimiento de la medicina tradicional, razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas ha motivado iniciativas tendientes a desarrollar procesos interculturales en salud que eviten que la identidad étnica y cultural del

usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

Que el derecho a la salud desde los pueblos indígenas tiene una doble dimensión. El derecho individual a acceder a servicios de salud de calidad y de derecho colectivo a que esos servicios integren un enfoque intercultural, respetuoso de la cosmovisión y de los saberes de los pueblos indígenas.

La concreción de estos derechos se expresa en políticas interculturales así como en la institucionalidad y gestión de la salud.

Que entre los años del 2001 al 2005 se presentan diez casos de muerte materna en el sector rural del área de influencia del hospital, siete casos de muerte detectados en búsqueda activa, tres casos son muerte intrahospitalaria, que la cobertura de atención del parto en el año 2007, alcanza sólo un 47%, que de acuerdo a ENDEMAIN 2004, cita que la atención institucional del parto es del 75% y de este porcentaje sólo el 30%, accedió a este servicio la mujer indígena, el control prenatal cubre el 33.2%, en comparación con el 67%, de mujeres mestizas.

Ante esta realidad el Área de Salud No. 4, se plantea un nuevo modelo de atención, en que los derechos de la mujer y la interculturalidad no queden en buenas intenciones y discursos políticos, que este modelo propuesto logre extender puentes de enriquecimiento mutuo entre la medicina occidental y la medicina tradicional.

MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL - HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

La interculturalidad es una propuesta al diálogo entre culturas que se reconocen con igual valor, igual dignidad, y merecedoras de respeto.

La construcción de un enfoque intercultural de salud en el país es una prioridad para lograr eficiencia en las políticas públicas, tomando en cuenta la persistencia en las brechas de salud, y particularmente en la salud materna de la mujer indígena.

Esta propuesta de interculturalidad es ciertamente un reto para el cambio en las relaciones entre personas diversas por su cultura u origen étnico, con esto se quiere desechar la idea de culturas superiores e inferiores en pro de reconocimiento de igual valor.

El presente modelo no implica la creación de nuevos servicios de salud exclusivos

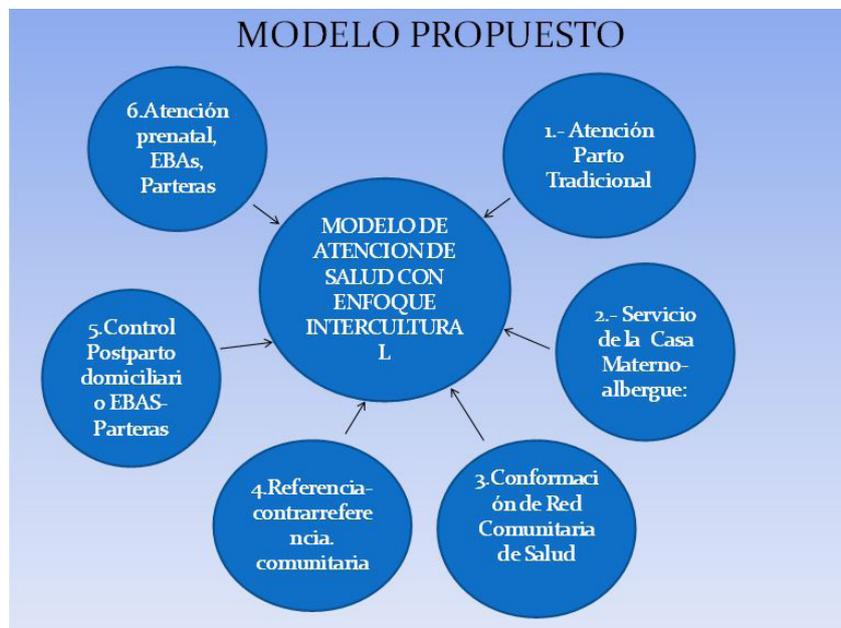
para indígenas, ni tampoco desestructurar el sistema de salud comunitaria y/o de salud indígena; se aspira con esto ampliar la perspectiva de los servicios existentes adecuándolos a nuestra realidad local, necesidad de la población indígena, y mejorándolos de acuerdo a la diversidad cultural.

En este contexto de salud intercultural, ambos ejes conceptuales, no deberán parecer ajenos o extraños a la práctica médica, ni tampoco implicar una carga para el profesional de salud dado que se fundamentan en los actuales principios de bioética médica expresado en el respeto a la autonomía de los pacientes y a su derecho a decidir libre e informadamente en el marco de la cultura propia.

COMPONENTES DEL MODELO

El modelo de atención de salud con enfoque intercultural plantea seis componentes:

Se debe mencionar que el modelo intercultural de Otavalo, está en fase de construcción, la operativización y la atención en forma integral de la mujer en el período prenatal, parto y postparto ira lográndose con la articulación de los agentes comunitarios, comités de salud, parteras al sistema cantonal de salud, en que se aspira fortalecer la atención primaria de salud y el reconocimiento del rol en la comunidad.



Iniciaremos haciendo una síntesis del componente de atención del parto culturalmente adecuado toda vez que consideramos un éxito ya que efectivamente en este cantón se está practicando con hechos lo que es la interculturalidad.

1.- COMPONENTE

ATENCIÓN DE PARTO TRADICIONAL EN POSICIÓN VERTICAL

Es pertinente resaltar que por la experiencia vivida consideramos que el modelo en marcha ha tenido éxito en gran parte por la aceptación y cambio de actitud del personal pero algo muy importante es que el ambiente se encuentra dentro de las instalaciones hospitalarias.

OBJETIVOS

Adecuación cultural de los servicios de salud reproductiva en el Hospital San Luis de Otavalo, en particular atención del parto en posición vertical.

Ampliación de la cobertura del parto para mujeres indígenas, e institucionalizar el parto.

Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Disminución de la morbi mortalidad materno infantil.

METODOLOGÍA

Para la implementación del presente proyecto se han previsto cuatro fases con su respectiva metodología que detallo a continuación:

FASE I.- El primer instante se concentra en el diagnóstico y planificación participativa.

En la que se cuantificará indicadores claves que permitan medir el estado actual en necesidades y demanda de la mujer otavaleña, en cuanto a la atención de parto y otro estudio de los trabajadores de la salud a fin de mirar el grado de aceptación y factibilidad de la implementación del proyecto.

FASE II.- El segundo tiempo corresponde al diseño de la propuesta, luego de realizar el diagnóstico, es importante no perder de vista que toda organización demanda concentrar sus esfuerzos en el proceso propuesto. Para ello se realiza:

- a) Reuniones de trabajo en primera instancia con la UCA, en la cual se da a conocer los resultados y estrategia a emplearse para la ejecución y aplicación, se define el plan operativo.
- b) Se ejecutan ocho talleres, con la participación activa de personal del área de

salud, hospital, lo que permitió socializar, sistematizar, consensuar y definir la propuesta de modelo intercultural.

- c) Se establecen las líneas de participación en lo siguiente:
- d) El Municipio de Otavalo, destina recursos económicos para la adecuación física de la sala de parto vertical.
- e) La Dirección Provincial de Salud de Imbabura, contribuye con la institucionalización de las normas de salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural, capacitación a parteras a través de salud Intercultural, así como la promoción e intercambio de la experiencia de Otavalo, con otros hospitales básicos que atienden altos porcentajes de población indígena.
- f) UNFPA, financia el proyecto y brinda apoyo y asesoría técnica.
- g) Jambi Huasi, coopera como vínculo de coordinación de UNFPA.
- h) Hospital San Luis de Otavalo, elaboración y ejecución del proyecto. A fin de dar viabilidad al proyecto se ejecuta y plantea las siguientes líneas de acción:
 - 1. Sensibilización al personal de salud con temas de interculturalidad, medicina tradicional y accidental, a través de talleres de capacitación.
 - 2. Capacitación, Acreditación y definición sobre el rol de las parteras (articulación del trabajo de las parteras en el proceso de atención del parto y rol en la comunidad), capacitación del personal de salud y asistencia personalizada en atención del parto en posición vertical, (contratación de médico consultor experto en atención de parto vertical).
 - 3. Implementación de la sala de parto vertical en el hospital.
 - 4. Estudio para implementación de casa de espera materna junto al hospital.
 - 5. Difusión masiva sobre nuevo modelo de atención con enfoque intercultural.
 - 6. Edición y publicación del manual de Kichua para el personal de salud.
 - 7. Elaboración y adaptación de protocolos y normas para la atención de parto vertical.
 - 8. Elaboración de protocolos, normas internas y flujograma de proceso de atención del parto vertical.

9. El trabajo en equipo, empoderamiento del personal de salud.
10. Participación comunitaria con la inclusión al equipo de atención en el parto a la partera capacitada y acreditada.

FASE III.- El tercer período demanda la implementación del proyecto. En este instante es preciso recordar que lo que se pretende es romper este desencuentro intercultural, e implantar una nueva forma de hacer salud con la atención humanizada del parto tradicional en posición vertical.

La sala implementada cuenta con las siguientes características, las cuales buscan adaptar cada aspecto identificado como importante para la mujer otavaleña, en forma particular de las mujeres indígenas.

Algunos aspectos que las mujeres consideran importantes y que se ha adaptado son: la temperatura de la habitación, el derecho a la privacidad, entrega de la placenta, el acompañamiento, la posición, infusiones con plantas medicinales, vestimenta y la alimentación postparto.

FASE IV.- El cuarto instante corresponde al monitoreo y evaluación del proyecto; esto es, un seguimiento y acompañamiento a los ajustes definidos como parte de los cambios necesarios para lograr el fortalecimiento del modelo de atención propuesto.

RESULTADOS

La implementación del proyecto durante los meses de abril a diciembre del año 2009, ha dado como resultado los siguientes logros.

Hay que citar que se inicia la atención del parto tradicional en posición vertical a partir del 04 de abril del año 2008, fecha en la que se inaugura oficialmente con autoridades nacionales, provinciales, cantonales, invitados internacionales, y población del cantón Otavalo.

El primer parto en esta modalidad es atendido por una partera acreditada y el apoyo del equipo de salud.

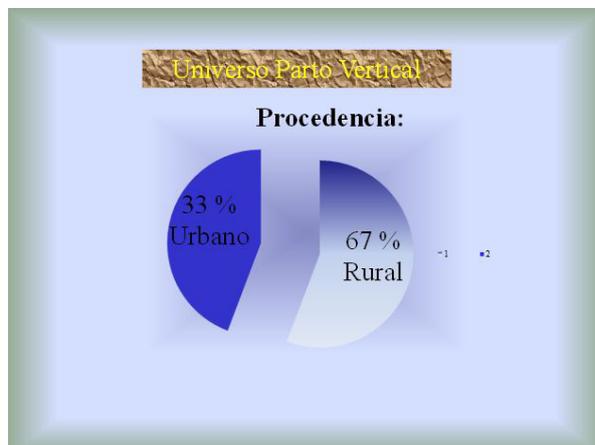
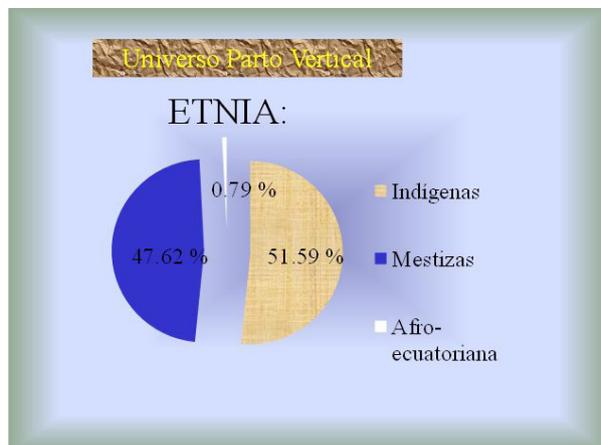
La atención del parto se implementa en tiempo parcial en horas diurnas con la presencia de obstetrices y parteras, a la par que se continúa con la capacitación personalizada con consultor médico ginecólogo a médicos residentes, obstetrices, a fin de extender la atención a las veinte y cuatro horas.

Universo Parto Vertical

127 partos desde Abril hasta 30 diciembre 2008

Dentro de uno de los objetivos fue la de institucionalizar el parto, poner al alcance esta atención de salud especialmente a las mujeres indígenas del área rural, lo cual se puede evidenciar que este objetivo se va alcanzando puesto que de los ciento veintisiete partos atendidos el 51%, corresponde a mujeres indígenas, de estas el 67%, corresponde a la zona rural.

De los ciento veintisiete partos atendidos en estos nueve meses el mayor



porcentaje 41%, corresponde a madres primigestas, el 24%, son mujeres multigestas.

El 80%, del total de mujeres atendidas en la sala de parto vertical no tuvieron complicación, el 19%, presentaron desgarros grado 1, e hipotonía uterina el 1%.

CONCLUSIONES

Esta primera etapa del modelo ha permitido logros muy importantes, así como el avance en el cumplimiento de objetivos propuestos.

La cobertura del parto institucional se ha mantenido del año 2000 al 2004, del 40% al 44%.

En el año 2007, de enero a diciembre se atienden mil cuatrocientos treinta y cinco partos en total, y en el año 2008, desde la implementación del proyecto se atienden mil quinientos cincuenta y cinco partos es decir se ha incrementado en un 9%, la atención del parto institucional en relación al año 2007.

Las diferentes prácticas ancestrales del parto vertical y su preferencia no se realizaron únicamente en las culturas indígenas sino en todas las culturas.

Este nuevo modelo de atención permitió la participación activa y dinámica de la pareja, con masajes y palabras tiernas, así como evitó el alejamiento del neonato y favoreció el apego inmediato y amamantamiento precoz que previene la pérdida de temperatura corporal y mayor consumo de glucosa.

La frecuencia de episiotomías es más baja y los desgarros presentados son superficiales los cuales son de fácil cicatrización.

Se ha articulado el trabajo de las parteras en el proceso de atención de salud.

Se ha formulado una política de salud para la atención materna con inclusión del aspecto intercultural.

Los componentes que detallamos a continuación están en fase de implementación, proceso de capacitación y coordinación con unidades de salud del área rural, agentes comunitarios, parteras acreditadas, autoridades parroquiales.

2.- COMPONENTE

ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL CONTROL PRENATAL, PARTO Y POSTPARTO

El modelo propone que las parteras capacitadas y acreditadas del cantón Otavalo, se articulen y formen parte activa del equipo básico de salud de las unidades operativas rurales y del sistema cantonal de salud. Con las cuales se planificará atención conjunta con el profesional respetando sus creencias culturales.

La inclusión de parteras como parte del equipo de salud permitirá:

- La interrelación de las parteras al sistema de salud, incorporando criterios como complementariedad y necesidad mutua, dando como producto el fortalecimiento del sistema de salud ancestral y el sistema occidental.
- Disminución de indicadores de morbi mortalidad materno infantil.
- Un acercamiento con la comunidad.
- Confianza de la paciente con el equipo de salud.
- Aplicar herramientas gerenciales como el uso de mapas parlantes y programación por grupo de riesgo, atención oportuna, seguimiento de la paciente.
- Aporte con elementos valiosos e importantes para la elaboración de plan de partos de los centros de salud más cercanos de las comunidades.
- Que la comunidad cuente con un agente comunitario de salud capacitado las veinticuatro horas.
- Que la red de servicios públicos del área se fortalezca con la referencia y contra referencia.
- Promoción de los servicios e institucionalización del parto.
- Acompañamiento a la mujer embarazada en todo del proceso desde la procreación hasta el nacimiento del producto y sus controles.

Se ha despertado en el sistema de salud un interés por la implementación de procesos de atención en torno a la interculturalidad y experiencia del hospital San Luis de Otavalo.

3.- COMPONENTE

ATENCIÓN DE SALUD DEL POSTPARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Se propone que se tomen como base los conocimientos ancestrales de parteras acreditadas y se elaboren estándares y normativas de atención en el postparto.

La participación en esta etapa por parte de la partera contribuirá:

A recuperar saberes, conocimientos de las lideresas comunitarias y parteras ancestrales de salud.

A que se incremente coberturas de control posparto en el área de influencia del domicilio de la parturienta fortaleciendo la confianza y relación con el equipo de salud y parteras.

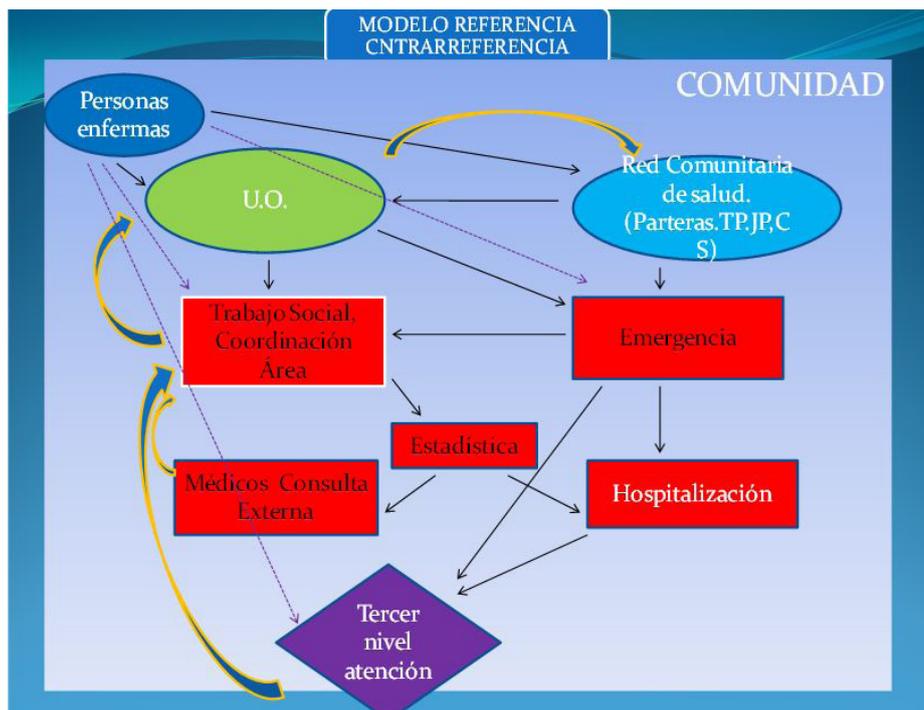
Reconocimiento del aporte de las parteras a la salud de su comunidad, e incorporación al sistema de salud.

Fortalecer a la implementación de la referencia y contra referencia.

4. COMPONENTE

RED COMUNITARIA DE SALUD.- Pretende incorporar a agentes comunitarios de salud, parteras, comités de salud, comités de usuarias autoridades parroquiales como teniente político, juntas parroquiales, equipo de salud de UO rurales y equipo técnico de jefatura de área; esto permitirá una respuesta oportuna en caso de emergencias que requieran de transferencia a una unidad de salud de mayor complejidad.

Con este equipo de trabajo se coordinarán mecanismos de transporte, identificación de grupos de riesgo que nos permita estar en alerta acción permanente.



5.- IMPLEMENTACIÓN DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Para esto se plantea trabajar con la red comunitaria de salud, con actores importantes identificados en la comunidad, así como con parteras acreditadas que se encuentran articuladas a los EBAS.

6.- COMPONENTE

SERVICIO DE CASA MATERNA ALBERGUE

Este espacio está construido de acuerdo a las aspiraciones de las mujeres.

El 100%, de las mujeres concuerdan que la casa debe estar ubicada en el área del hospital a fin de poder ser atendidas con prontitud y no necesitar de un medio de transporte para acudir al hospital. Este espacio está en proceso de habilitación, se espera brindar este servicio en dos semanas.



En esta casa se alberga a la mujer parturienta y al familiar, hijos o acompañante que participará en todo el proceso de atención del parto, se trabajará con el equipo básico de salud.

Entre los servicios que prestaría a más de hospedaje, ejercicios preparto, la enseñanza de cómo cuidar y atender al niño.

ENFOQUE INTERCULTURAL DOBLE VÍA

El tiempo que se ha trabajado con enfoque intercultural, se trabaja en una sola vía, razón por lo cual es necesario que exista un verdadero diálogo intercultural y de esa forma darse la complementariedad tanto hacia el sistema de la medicina occidental como hacia el sistema de salud indígena.

Así como las parteras van incorporándose hacia el sistema de salud occidental incluso capacitadas según enfoque occidental, es necesario que los profesionales de salud de atención primaria también se integren hacia el sistema de salud indígena; es necesario ya que por más que mejoremos los servicios médicos y demos mejor trato, siempre habrá una parte de la población que nunca acuda a un servicio de salud, esto por diferentes motivos, como el trabajo, el cuidado de la familia, creencias, costumbres, etc., Lo que justifica la implementación y propuesta de nueva forma de hacer salud, como es nuestra aspiración con este modelo y camino iniciado en el cantón Otavalo.

FUENTE BIBLIOGRÁFICA

- Estadística del Área de Salud No. 4
- Diagnóstico de salud hacia la construcción de un nuevo modelo intercultural en salud reproductiva en el cantón Otavalo - 2007- asistencia técnica de UNFPA y CEPAR.
- Registros médicos de sala de partos y HCL, del HSLO. 2008.
- Ayudas memorias de reuniones de la unidad de conducción del área de salud No. 4 y talleres.
- Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación Intercultural - república del Perú - NT No. 033-MINSA/DGSP-V.01.
- Normas de materno perinatal - MSP- 2008.