

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

Interculturalidad y Modelos de Salud: La Experiencia del Cantón Loreto

Amilcar Albán

1. Antecedentes y metodología

En el Ecuador en los últimos años se han implementado algunas experiencias que han abordado un enfoque de interculturalidad en salud. Si bien esta ponencia no pretende analizar el estado de situación en relación a los modelos de salud intercultural a nivel nacional, intentará analizar cómo la línea de la interculturalidad ha sido abordada en el modelo de salud implementado en el cantón Loreto a través de la sistematización de su enfoque, metodología y estrategias.

Para ello, partimos de una breve descripción del contexto en el que opera el proyecto así como la situación al inicio de la intervención y los objetivos planteados para enfrentarla; se pasa a continuación a analizar el enfoque de interculturalidad, la manera de operacionalizarlo en metodologías y estrategias concretas y los resultados obtenidos, para finalizar con un breve acápite de conclusiones centradas especialmente en torno de las condiciones necesarias para que las propuestas actuales de política pública en salud puedan operacionalizarse con un grado relativo de éxito.

2. Descripción del contexto de intervención del proyecto

El programa de salud del cantón Loreto, provincia de Orellana es ejecutado desde el año de 1999, por la Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo -FONAKIN- y la Organización de Comunidades Kichwas de Loreto -OCKIL-, en coordinación con la Dirección Provincial de Salud de Orellana y la Red Internacional de Organizaciones de Salud.

La apuesta central fue generar en el largo plazo un modelo de salud intercultural, con énfasis en la atención de la población más desprotegida del país, geográficamente aislada (ubicada en la región amazónica), culturalmente vulnerable (población indígena) y económicamente deprimida.

El cantón Loreto, tiene una población estimada de diecisiete mil habitantes, caracterizándose por ser un cantón eminentemente joven, rural y mayoritariamente indígena, cerca del 50%, de la población es menor de veinticuatro años, el 86.5%, vive en las áreas rurales y el 80%, es indígena .

El perfil epidemiológico de la población se caracteriza por la alta prevalencia de enfermedades prevenibles que pueden ser abordadas desde un enfoque de atención primaria de salud (incluyendo mejoramiento de la infraestructura de saneamiento básico).

3. Situación al inicio de la intervención y objetivos planteados para enfrentarla

En relación con la situación de salud el proyecto plateó enfrentar los problemas relacionados con la dificultad de acceso e inadecuación cultural de las políticas, servicios y programas de salud públicos, los mismos que para el año 1999 en que se inició la experiencia, tenían profundas dificultades para adecuarse culturalmente en las comunidades del cantón, no contemplaban las prácticas culturales y cosmovisiones de la población usuaria del servicio y en la práctica, el sistema formal de salud coexistía con el sistema médico indígena, sin que entre ellos medien canales de comunicación, coordinación y referencia.

Los servicios de salud se caracterizaban además por su fragmentación, la duplicación de actividades, inexistencia de coordinación entre los actores de salud cantonal así como por los limitados recursos humanos, materiales y financieros.

Como consecuencia, el acceso a los servicios de salud era casi nulo por parte de la población kichwa. De hecho ni los programas de salud del Estado se implementaban en las comunidades rurales, ni éstas tenían información sobre las modalidades y prestaciones de salud disponibles.

Por el lado de la demanda el proyecto planteó incidir sobre la capacidad de las organizaciones comunitarias de gestionar iniciativas de desarrollo local para garantizar de esta manera que la población cuente con interlocutores válidos frente al Estado y sus servicios de salud. Se propuso al mismo tiempo elevar el nivel de exigibilidad de la población y formar recursos humanos a nivel local.

Para enfrentar la situación arriba descrita, se planteó como objetivo principal el contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población del cantón

Loreto mediante el empoderamiento comunitario en la atención de los principales problemas de salud que garantice calidad, calidez, eficiencia, equidad e integridad, respetando la diversidad cultural y como objetivos específicos los siguientes:

- Fortalecer los servicios públicos de salud e implementar un modelo de atención de salud comunitaria intercultural.
- Fortalecer la capacidad de las organizaciones comunitarias para gestionar iniciativas de desarrollo y servicios de salud; y,
- Aportar para el desarrollo de la política de salud a nivel nacional.

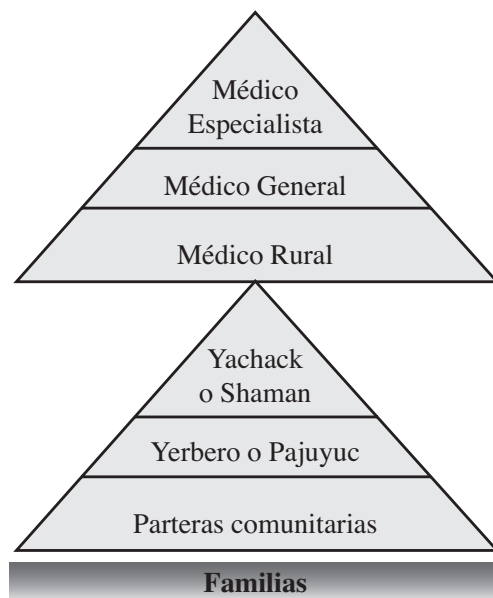
Para la consecución de estos objetivos era imprescindible conceptualizar y poner en acción un enfoque de interculturalidad que facilitará la construcción del modelo y que orientará la implementación de las acciones en su conjunto. Este enfoque se sintetiza a continuación:

4. Enfoque de la interculturalidad en salud, conceptualización y operacionalización

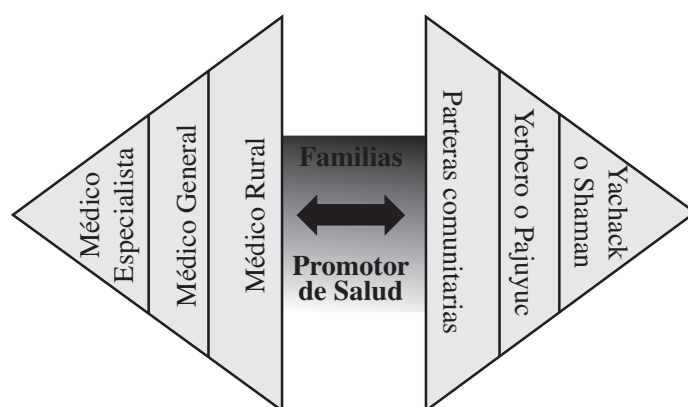
El partir de una perspectiva de interculturalidad en el trabajo en salud, fue una prioridad desde el arranque mismo del proyecto. Si bien es cierto que en un inicio el concepto no estaba plenamente construido en la actualidad, se cuenta con un entendimiento más claro de lo que significa incorporar la dimensión de interculturalidad en los programas, prestaciones y acciones de salud.

El proyecto partió de la evidencia de que existían dos modelos de salud, el occidental y el indígena que en la práctica coexistían sin vínculos, basados en el desconocimiento y desconfianza mutuos.

No cabe ahora insistir en la descripción de los dos modelos de salud, ni en el análisis de sus diferencias en su comprensión de la salud y la enfermedad. La literatura especializada en este sentido es amplia sin embargo, al momento de iniciar las acciones del programa de salud en Loreto, una constatación se hizo evidente, los intentos de articular los dos sistemas partían de un enfoque que desde nuestra perspectiva no facilitaba dicha articulación consistente por una parte en pensar este relacionamiento desde una perspectiva vertical desde el sistema occidental y por otra en basar el relacionamiento entre los actores “equivocados”. Lo dicho anteriormente puede resumirse en el siguiente gráfico:



En este contexto y para garantizar un sistema adecuado a la realidad y eficiente en términos de mejorar la cobertura y calidad de los servicios, el equipo reflexionó sobre las posibles áreas de confluencia de los dos sistemas. Dado que en las “cúspides”, se encuentran los representantes máximos del conocimiento de cada modelo, se consideró que la complejidad al establecer vínculos sería mayor. De allí que la propuesta de la red fue articular a los dos sistemas desde sus bases, con la mediación de quienes demandan el servicio especialmente de la atención primaria de salud las familias.



En este sentido la interculturalidad como concepto, buscaba superar la simple coexistencia y caminar hacia la articulación de los dos modelos, lo que desde el punto de vista operativo se logró a través de aspectos fundamentales como:

- Conocimiento -y consecuentemente respeto- de la cultura sanitaria del pueblo Kichwa;
- Incorporación de actores del sistema médico indígena a las acciones y prestaciones

de los servicios públicos de salud;

- Adaptación de las estrategias de intervención de acuerdo a las condiciones locales y cultura de la población; e,
- Investigación y sistematización de la salud indígena.

La interculturalidad es entonces entendida como un diálogo de saberes, en el marco de las relaciones establecidas a distintos niveles entre profesionales, prestadores de servicios de salud indígena y población en general; en el interinstitucional es decir en las relaciones entre las organizaciones indígenas y las diversas instituciones que participan en el modelo (DPSO, municipio, concejo cantonal de salud y ONGs) y finalmente en el nivel estructural, inscrito en la posibilidad de injerencia del modelo y sus aportes en las políticas de salud a nivel nacional.

Si bien a través de estos aspectos se inició un diálogo entre los dos modelos, es claro que se trata de un proceso inacabado que debe continuar construyéndose en la práctica en el permanente intercambio y en el aprendizaje de lo que funciona y no, bajo la consideración de que las culturas son dinámicas, están en permanente cambio y tienden a incorporar nuevos elementos en sus sistemas de salud.

Ahora bien, la conceptualización de la interculturalidad no era suficiente en la construcción del modelo propuesto, era necesario también operacionalizar este enfoque en metodologías y líneas de acción concretas que pueden resumirse en las siguientes líneas metodológicas:

- Coordinación interinstitucional;
 - Fortalecimiento de los servicios de salud del Estado;
 - Capacitación y sensibilización al personal sanitario;
 - Fortalecimiento organizativo;
 - Promoción y prevención de la salud; y,
 - Fortalecimiento del sistema de salud indígena.
-
- **Coordinación Interinstitucional.-** Este ámbito del modelo se centra en sus mecanismos de gestión y la propuesta fundamental consiste en que el servicio de salud no lo implementa aisladamente la autoridad sanitaria, sino que se co-gestiona con los diferentes actores en el nivel local, incluyendo la organización indígena, el

gobierno local y organizaciones privadas de desarrollo de tal manera de generar un compromiso compartido y solidario entre todos los actores. Esta propuesta permitió construir la Red de Salud de Loreto, como un espacio de planificación, ejecución y monitoreo conjunto, lo que a su vez permitió desarrollar nuevos mecanismos de asignación de recursos económicos.

- **Fortalecimiento de los Servicios de Salud del Estado.**- Se procura facilitar al Estado la ejecución de sus propios programas de salud, adaptándolos a las características culturales y sociales de los kichwas, en lugar de montar un sistema paralelo. Esta estrategia permitió facilitar el acceso de la población más desprotegida a los servicios públicos de salud, gracias a un enfoque que prioriza el trabajo extramural y comunitario, operacionalizado a través de brigadas móviles de salud.

Otro elemento que apunta al fortalecimiento de los servicios de salud del Estado es la incorporación de prestaciones del sistema médico indígena en los servicios formales. El ejemplo más claro es “la casa intercultural del parto de Loreto”, iniciativa que tiene como objetivo facilitar a las mujeres kichwas, el acceso a servicios de calidad culturalmente adaptados, de atención obstétrica, incluyendo la atención del embarazo, parto y post parto. La estrategia contempla capacitación de parteras y su incorporación en la provisión de servicios en el Centro de Salud de Loreto.

- **Capacitación y sensibilización al personal sanitario.**- En el sistema público de salud existe una permanente rotación de personal, puesto que se cuenta básicamente con profesionales que realizan su año rural, por lo que el modelo requiere para su implementación de una capacitación continua y permanente.

En el caso de la Red de Loreto, la capacitación del personal sanitario combina dos estrategias entrenamiento en la práctica, en que el proceso de aprendizaje se lleva a cabo a través de la participación en las diversas actividades que se realizan en la red y por otro, eventos de capacitación formal, incluyendo el análisis de la interculturalidad en salud.

- **Fortalecimiento organizativo.**- La propuesta prevé como uno de los aspectos centrales en su ejecución al fortalecimiento de las organizaciones indígenas para la ad-

ministración y ejecución del proyecto y participación activa en el sistema de salud. Asumir este reto implica generar capacidades para coordinar con el Estado y los gobiernos locales diseñar estrategias de intervención y habilidades para la promoción y educación de la población.

- **Promoción y prevención de la salud.**- Entendida no solamente como una responsabilidad del Estado sino como un compromiso asumido desde la comunidad. En Loreto el rol de los promotores de salud, mujeres y parteras organizadas, jóvenes y dirigentes comunitarios en las acciones de promoción ha sido central, convirtiéndose esta línea de acción en un pilar del programa. Para ello se han diseñado una serie de mecanismos e instrumentos concretos, que tienen como fin, poner al alcance de las familias y las comunidades información que facilite el auto cuidado de la salud tanto desde la perspectiva occidental como desde los conocimientos del sistema médico indígena. Como ejemplo del primer caso se cuenta con una adaptación local del “Manual Para la Vida”, de UNICEF y en el segundo, un manual de plantas medicinales que recoge la utilización de ochenta de las principales plantas medicinales así como las terapias básicas empleadas por las comunidades indígenas kichwas de la Amazonía para el tratamiento de enfermedades comunes.

- **Fortalecimiento del sistema de salud indígena.**- Para entender este componente de la metodología es necesario precisar que el sistema médico indígena es concebido como una instancia que supone una construcción ideológica y una cosmovisión no circunscrita únicamente al proceso de aprendizaje, implementación de técnicas y terapias, manejo de fármacos naturales y construcción de etiologías. Supone una manera de entender y consecuentemente un proceder frente a la enfermedad, la salud y la relación sujeto enfermo - y prestador de servicio en la que prevalece el sentido holístico frente a las dolencias y consecuentemente la búsqueda paradigmática del equilibrio de las fuerzas naturales, sobrenaturales y sociales.

Desde la perspectiva del Programa de Salud de Loreto, el fortalecimiento del sistema médico indígena es una condición central para garantizar la sostenibilidad socio cultural de la experiencia y la profundización del modelo intercultural de salud para lograrlo, fue necesario partir por un proceso de investigación para caracterizar al sistema médico indígena con un doble propósito, por una parte facilitar los mecanismos

de inter relación con el sistema de salud oficial u occidental y por otra para contribuir a la difusión de los saberes tradicionales especialmente entre la población joven de las comunidades.

5. Principales resultados

Por razones de espacio no es posible presentar un análisis detallado de los resultados alcanzados en estos diez años de implementación del modelo por lo que solamente se presentarán algunos de los resultados que permiten visualizar más claramente los logros en relación al mejoramiento del acceso y la cobertura que se han conseguido como resultado de la puesta en marcha del modelo descrito en esta ponencia.

5.1. Cobertura de vacunación

Las estrategias implementadas en Loreto han determinado que las coberturas de vacunación sean las más altas de la provincia de Orellana. Los factores de éxito para lograr estos resultados son -entre los más importantes- los siguientes:

- Información a las familias y comunidades sobre las inmunizaciones, su utilidad, enfermedades contra las que protegen y posibles efectos secundarios;
- Participación de los promotores de salud en el proceso; y,
- Hacer de este programa un servicio que llega a las comunidades y que no se implementa solamente en las unidades de salud.

5.2. Población cubierta con atención médica

El mismo proceso de ampliación de coberturas, se replica en la atención médica

Zona	BCG	OPV	PENTA	SRP	DT MEF	DT PRENATAL
Orellana	68	58,7	61	73,8	25,8	28,1
Loreto	91,1	73,9	76,1	93,3	36	27,2

Fuente: Dirección Provincial de Salud de Orellana: estadísticas provinciales 2006.

a la población. Cabe indicar que -en el caso de Loreto- la atención médica no se circunscribe solamente a personas enfermas, sino que por el contrario con la estrategia de brigadas comunitarias se ha implementado un enfoque en el cual la consulta médica es una medida de prevención. Este enfoque distinto puede estar determinando las diferencias con el resto de la provincia.

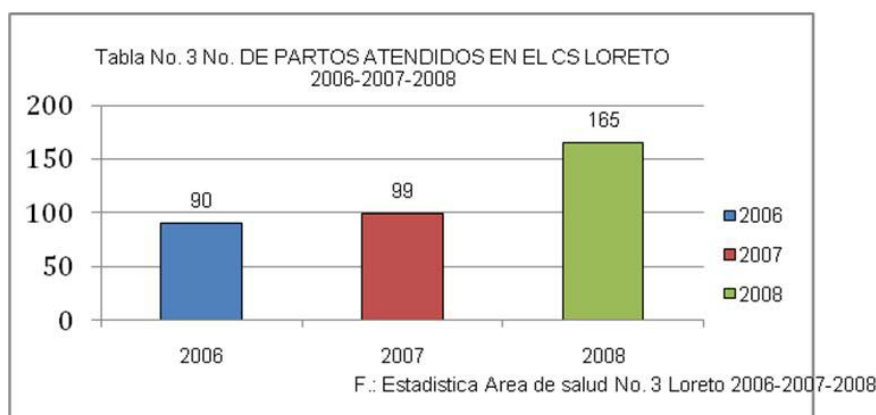
5.3. Cobertura de atención de parto institucional

Área de Salud	Total población	% de atención médica
AREA 1 ORELLANA	59,774.00	41.05
AREA 3 LORETO	17,242.00	98.60

Fuente: Dirección Provincial de Salud de Orellana. Estadísticas provinciales 2006.

No solamente se han obtenido mejores resultados comparativos, sino que el incremento de la cobertura de atención ha sido constante en el tiempo, como puede verse en el cuadro siguiente que recoge la evolución de la cobertura en la atención del parto en el Centro de Salud de Loreto.

Conclusiones



1. La incorporación de un enfoque de interculturalidad no es solamente válida por razones relacionadas con la pluralidad, la democratización del servicio, o el respeto por la cultura y la cosmovisión de la población indígena, que son principios que

obviamente deben estar presentes en la organización del modelo de salud, sino que además, la incorporación de este enfoque facilita en el mediano y largo plazo el mejoramiento de los servicios de salud en términos de acceso y cobertura, es decir que incide directamente sobre su eficiencia y eficacia.

2. Las actuales políticas de salud, resumidas en el “modelo de atención integral en salud familiar, comunitaria e intercultural”, recogen en buena medida los principios metodológicos y el enfoque que han sido pilares en la implementación de la propuesta de salud de Loreto, en la medida en que el modelo propone un cambio en el paradigma de prestación de servicios, desde un enfoque meramente curativo a uno que incorpore la promoción y la prevención de la salud; es decir que el objeto de la atención no sea la enfermedad sino el individuo, familia, comunidad y cuya gestión pase de un modelo vertical hacia uno más horizontal y sistémico.

3. Dado que las propuestas contenidas en la nueva política pública en salud, están en una fase muy preliminar de implementación resulta prematuro aventurar un análisis de cómo está siendo implementada en la práctica y menos aún, un intento de evaluar sus resultados. Sin embargo, a manera de conclusiones es posible afirmar lo siguiente:
 - Es necesario incorporar innovaciones en el sistema de formación del personal sanitario ¿Cómo implementar un modelo de salud con enfoque de interculturalidad cuando los jóvenes profesionales que sostienen el sistema público especialmente a nivel rural, no están familiarizados con el tema de la interculturalidad y no conocen como integrar este enfoque en su práctica profesional cotidiana?
 - El sistema público debería contar con información en el nivel local sobre los agentes de la medicina tradicional, qué roles juegan a nivel comunitario, cuáles son sus concepciones de salud y enfermedad y a partir de esto, proponer estrategias concretas para el trabajo en salud, que reconozca esta dinámica y la incorpore en la prestación de servicios.
 - Finalmente, es imprescindible evitar que el modelo propuesto sea implementado no solamente en el marco de un decreto de emergencia, sino garantizarlo como

una intervención a largo plazo. El tipo de intervenciones planteadas requiere de mayores recursos económicos, mayor compromiso del personal y mayores esfuerzos de supervisión. Definitivamente es más que llenar las plazas de los subcentros de salud con personal médico.