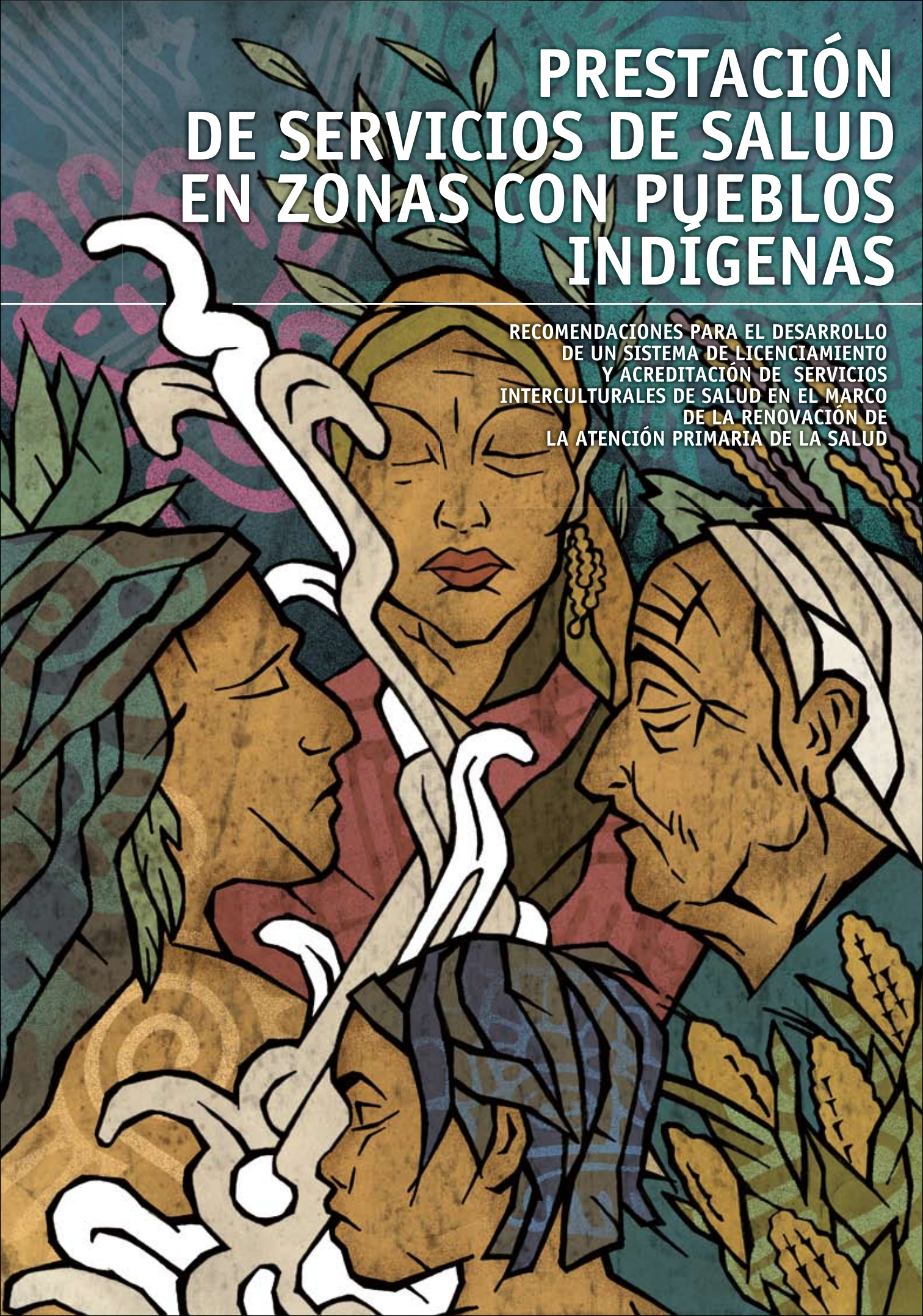


# PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS

RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO  
DE UN SISTEMA DE LICENCIAMIENTO  
Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS  
INTERCULTURALES DE SALUD EN EL MARCO  
DE LA RENOVACIÓN DE  
LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



Documento elaborado por:  
Ing. Rodrigo Cevallos  
Dr. Alfredo Amores

Asesoría Técnica:  
Dr. José Luis Di Fabio  
**Gerente del Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación**

Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS  
**Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas**

Con los aportes de los participantes de la Reunión Regional  
y Talleres en Anexos

Agradecemos el apoyo financiero a la Canadian International  
Development Agency (CIDA) para la impresión  
de este documento.

Area de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación  
Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas  
Organización Panamericana de Salud  
Organización Mundial de la Salud

525 23<sup>rd</sup> Street NW  
Washington, DC 20037  
U.S.A.

Quito, julio, 2009

Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas  
<http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/Indig-home.htm>

Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas  
<http://devserver.paho.org/dssi>

**Edición:**

Dra. Rocío Rojas Almeida  
Srta. Geovanna Villacis, OPS/OMS-ECU  
Sra. Martha Fuertes, OPS/OMS-ECU

**Diseño:**

Mantis Comunicación Persuasiva  
[mantis@mantis.com.ec](mailto:mantis@mantis.com.ec)

# PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS

Recomendaciones para el  
Desarrollo de un Sistema de Licenciamiento  
y Acreditación de Servicios Interculturales  
de Salud en el marco de la Renovación de  
la Atención Primaria de la Salud



# CON- TENI- DO



01_ PRESENTACIÓN .....	07
02_ INTRODUCCIÓN .....	09
03_ SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS: ATENCIÓN PRIMARIA E INTERCULTURALIDAD .....	13
04_ VALORES Y PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA .....	23
05_ APROXIMACIÓN CONCEPTUAL: SALUD, INTERCULTURALIDAD, CALIDAD, ACCESO, LICENCIAMIENTO, CERTIFICACIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .....	29
06_ PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS: ATENCIÓN PRIMARIA E INTERCULTURALIDAD EN BOLIVIA, BRASIL, CHILE, ECUADOR, MEXICO, PANAMA, VENEZUELA .....	39
07_ ELEMENTOS A CONSIDERAR EN UN SISTEMA DE LICENCIAMIENTO Y CERTIFICACIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURAL .....	57
08_ CONCLUSIONES .....	65
09_ RECOMENDACIONES .....	67
10_ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
11_ ANEXOS .....	73



# PRE- SENTA- CIÓN

**L**a Región de las Américas es un universo heterogéneo no solamente en cuanto a sus aspectos económicos, sociales y culturales, sino por el carácter multicultural, pluriétnico y plurilingüe de la población, determinado en gran medida por la presencia de los pueblos indígenas cuya población asciende a aproximadamente 50 millones de personas, pertenecientes a más de 600 pueblos diferentes.

Aunque en varios países, el paradigma del sistema nacional de salud privilegia el criterio de integralidad en la atención, de acuerdo al contexto sociocultural de la población; existen una gama de programas segmentados, casi sin presencia en las comunidades indígenas. A este nivel prevalece la marginación por cultura, idioma y pertenencia étnica, y en ocasiones, obtener una buena atención se reduce a un problema de información. Las personas más necesitadas no tienen experiencia y difícilmente llegan a saber lo que ofrece un servicio, especialmente si hay barreras idiomáticas y culturales.

Efectivamente, las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo, en general, no han sido tomadas en cuenta en la atención de salud. Esto ha determinado problemas asociados con el desempeño del personal, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud. Cada una de estas manifestaciones representa la incongruencia entre la organización y la prestación de los servicios de salud y la dinámica de las poblaciones multiculturales.

En este contexto y tomando en cuenta los principios de la atención primaria de salud, nos complace presentar un set de recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud, seguros de que la incorporación del enfoque intercultural en los modelos de atención se presentan como una estrategia para el mejoramiento del acceso equitativo a una atención de calidad por parte de la población, particularmente de la población indígena de la Región y debe formar parte de los estándares de calidad en la evaluación de los servicios de salud localizados en zonas con población indígena y multicultural.

La aplicación de estas recomendaciones y los aportes de cada uno de los lectores enriquecerá esta propuesta que se basa en la convicción de que la salud, como un derecho, debe ser entendida como el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la comunidad/sociedad en condiciones de equidad.

**Dr. José Luis Di Fabio**  
**Gerente del Área de Tecnología, Asistencia, e Investigación de Salud**  
**Organización Panamericana de la Salud**



# INTRO- DUC- CIÓN





**E**ntre 45 y 50 millones de personas indígenas<sup>1</sup> pertenecientes a más de 600 pueblos<sup>2</sup> únicos viven en las Américas en la actualidad. Comprenden casi el 10% de la población total y el 40% de la población rural de América Latina y El Caribe (Banco Interamericano de Desarrollo 2003, OPS 2004). Los pueblos indígenas aportan una importante vitalidad y diversidad a los 24 países en que habitan, y protegen gran parte del patrimonio cultural y la diversidad biológica del continente americano. A pesar de sus inestimables contribuciones los pueblos indígenas son sumamente vulnerables dentro de las naciones en que viven, sus derechos humanos, igualdad social, política y económica les han sido denegados o comprometidos.

La incidencia de pobreza y pobreza extrema es mucho mayor entre los pueblos indígenas de las Américas que entre la población no indígena. Esta pobreza se entrelaza con otros factores que complican la situación, como los niveles de analfabetismo significativamente mayores, el desempleo, la falta o carencia de servicios sociales, las violaciones de los derechos humanos, los desplazamientos debido a conflictos armados y la degradación del medio ambiente.

Las poblaciones indígenas representan la mayoría en varios países y zonas geográficas, pero el 40% de la población carece de acceso a los servicios sanitarios convencionales y el 80% depende de los terapeutas tradicionales como sus principales prestadores de asistencia

sanitaria. Esta situación se agrava por las desigualdades relacionadas con el género; en particular las mujeres indígenas afrontan dificultades para obtener atención de calidad principalmente en materia de salud reproductiva.

Si reconocemos que la prestación de servicios de salud es de baja calidad en muchos países en desarrollo, esta situación tiende a agravarse en las áreas habitadas por pueblos indígenas. Las barreras geográficas impiden que los indígenas tengan acceso a atención sanitaria debido a la distancia, la falta de transporte o vías de comunicación en mal estado, o inexistentes, la inaccesibilidad estacional, entre otras, son algunas de las causas. Aunque formalmente, en algunos países, la prestación de salud a pueblos indígenas es gratuita, en la práctica los costos reales de traslado o movilización, alimentación en el viaje, alojamiento, atención al acompañante, subsistencia de las personas que dependen del enfermo, medicamentos y la pérdida de días laborales, representa una amenaza para el acceso a la atención primaria y la economía de los pacientes.

Las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas. El sesgo hacia la medicina e intervención occidental puede ser ofensivo o inapropiado para los profesionales de la medicina tradicional. Encontrar personal sanitario que hable

y comprenda los idiomas indígenas es difícil, y la comunicación deficiente entre los prestadores y los clientes en todos los niveles compromete el acceso a una atención de calidad. Es más, los indígenas son a menudo discriminados en los centros de salud por el personal no indígena; y tanto el temor como la desconfianza causados por las actitudes y los comportamientos de los trabajadores sanitarios impiden que los indígenas busquen la atención de salud que necesitan. Por ejemplo, las creencias y las prácticas tradicionales relacionadas con el nacimiento de niños suelen no respetarse en los entornos institucionales.

Por estas razones es importante la necesidad de definir estándares de calidad desde una perspectiva intercultural, para la prestación de servicios de salud, en los que se respeten las costumbres, tradiciones, lenguaje, conocimientos ancestrales y formas de vida; estos estándares pueden y deben incorporarse en la excelencia técnica de la atención de la salud en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio y la renovación de la Atención Primaria de Salud.

Con este fin se realizó el *Taller de intercambio de experiencias sobre la Salud de los Pueblos Indígenas (Anexo 1)*, auspiciado por el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, OPS; realizado en la ciudad de Quito, Ecuador; del 7 al 9 de noviembre de 2005, y con la participación de representantes de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela. Entre

los participantes estuvieron líderes indígenas, oficiales de salud pública y consultores de la OPS.

El propósito del taller fue el de identificar los aspectos a tomar en cuenta en el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación, considerando los principios de la atención primaria de la salud y el enfoque intercultural de la salud.

Los **objetivos específicos** se centraron en:

- Conocer las mejores prácticas en la atención de la salud de los pueblos indígenas a partir de experiencias seleccionadas.
- Analizar las características de las prácticas, los servicios y los proveedores en referencia a los estándares de calidad técnica y percibida en zonas con población indígena, incluyendo la incorporación de la medicina tradicional indígena y los terapeutas indígenas.
- Identificar indicadores de evaluación referentes, por ejemplo, a la satisfacción de los usuarios, mejoramiento del acceso, incorporación de las perspectivas, terapias y medicinas indígenas en los protocolos de atención, etc.
- Recomendar estrategias y pasos a seguir en el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de la prestación de servicios salud con enfoque intercultural y de acuerdo a los principios de la atención primaria.



Los **principales resultados** obtenidos fueron:

- Socialización y sistematización de las experiencias en la prestación de servicios de calidad en zonas con población indígena.
- Formulación de una propuesta de contenidos del sistema de licenciamiento y acreditación de la prestación de servicios de salud con enfoque intercultural y de acuerdo a los principios de la atención primaria.
- Identificación de indicadores que permitan la evaluación de la calidad técnica y desde la perspectiva del usuario considerando las especificidades de la población indígena.
- Identificación de estrategias para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de la prestación de servicios con enfoque intercultural basados en los principios de la atención primaria.

Con el propósito de avanzar en el desarrollo de las recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria de salud los resultados del taller del 2005 fueron socializados y en el 2007 se realizó el *Taller Nacional sobre Estándares de Calidad para el Desarrollo de Modelos de Salud Interculturales en Zonas con Pueblos Indígenas en el Ecuador*.

(Anexo 2). Los resultados de estos y otros foros de discusión se sistematizan en el

presente documento que contiene las siguientes partes:

1. Presentación.
2. Análisis regional del estado de la prestación de salud de los pueblos indígenas considerando un enfoque intercultural.
3. Análisis conceptual de los valores y principios de la atención primaria de salud.
4. Revisión sobre los conceptos de salud, interculturalidad, calidad, acceso, licenciamiento y certificación de centros de prestación de salud.
5. Revisión de la prestación de servicios de salud desde el enfoque de la atención primaria de salud e interculturalidad en varios países.
6. Elementos a considerar en un sistema de licenciamiento y certificación con enfoque intercultural, además de las conclusiones y recomendaciones.

1. En el Artículo 1 del Convenio de la OIT (no. 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989), se considera indígena a aquel sector de la colectividad nacional que se distingue de otros sectores: "los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas".

2. El concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un grupo humano en cuanto a su territorio, historia, cultura y etnia, confiriéndole un sentido de identidad.



# SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS: ATENCIÓN PRIMARIA E INTERCULTURALIDAD



**I**ndígenas, junto a afrodescendientes, europeos, asiáticos, y africanos, de reciente migración, han dado lugar a esta multiplicidad llena de los más variados matices y que, muchas veces, se resiste a ser encasillada y clasificada en términos contrapuestos o binarios en el sentido de que todo lo que no es oficial, no es válido.

Para superar esta contraposición, el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud en el marco del Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas, se ha desarrollado y ampliado hacia la necesidad de incorporar el enfoque intercultural, concibiendo a la salud como un derecho y tomando en cuenta la manera que estos pueblos tienen de entender la vida. Aún en situaciones de emergencia donde está en juego la vida de la persona, debemos tomar en cuenta las características específicas del paciente, de su familia, comunidad y pueblo. Especialmente, si el objetivo, es el desarrollo de procesos y modelos que enfatizan en la prevención de la enfermedad, en la rehabilitación y en la promoción de la salud individual y colectiva tomando en cuenta las necesidades de salud de los pueblos.

Esto requiere una reconceptualización de las prácticas de los denominados “otros” y la articulación de las visiones tanto biomédicas como comunitarias, en la generación de posibles soluciones a aquellos problemas de salud que vienen de diferentes marcos contextuales. Además, insta a un cambio en los paradigmas que

hemos venido trabajando, ya que esto conduce a la búsqueda de un análisis, no desde la visión biomédica solamente, sino de aquella, generada por el reconocimiento y respeto, a la diferencia y a la diversidad.

Así, la interculturalidad en salud, se entiende como la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud.

Revisemos brevemente la aplicación práctica del enfoque intercultural de la salud, en el contexto de la atención primaria.

En general, los análisis convencionales tienden a homogenizar a la población y a considerar al sistema de salud como un sistema cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental. El enfoque intercultural de la salud reconoce la importancia de caracterizar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud.

Así mismo, puntualiza la importancia de conocer los procesos históricos pasados y recientes que han determinado diferentes niveles de “prestigio”- generalmente basados en estereotipos y modelos

impuestos entre las culturas- y una relación asimétrica que ha generado barreras de desconfianza y temor. En la práctica, el enfoque intercultural de la salud tiene el desafío de generar espacios de comunicación y diálogo entre las diferentes culturas que tiendan al fortalecimiento de los pueblos y sectores excluidos y a la sensibilización de los pueblos y sectores que se encuentran en una posición privilegiada.

Al describir, las características de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, generalmente, el análisis convencional nombra a aquellos establecimientos y recursos que pertenecen al sector público y al sector privado que, en su mayor parte, se basa en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental.

En la dinámica de atención de salud, el enfoque intercultural de la salud reconoce, por supuesto, la existencia de los sistemas de salud “formales” y visualiza a los sistemas de salud “informales”. Estos sistemas están interconectados entre sí en la práctica, pero no necesariamente por los mecanismos de referencia y contrarreferencia convencionales, sino por la preferencia de la población y el acceso real que la población tiene a cada uno de ellos. **Es decir, en la evaluación del acceso y calidad de la atención de salud, los contextos y las características sociales, económicas, culturales que determinan las actitudes, conocimientos y prácticas de la población, deben ser tomados en cuenta. En este contexto, la pertenencia,**

no solo a una comunidad sino a un pueblo específico, cobra relevancia.

En la práctica, el enfoque intercultural, plantea la armonización sistemática de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional a través de la incorporación de las perspectivas, medicinas, y terapias indígenas, en los sistemas nacionales de salud. **En un primer momento, esto permitirá la adaptación de los programas convencionales de salud a la realidad de las comunidades indígenas.** En un segundo momento, este acercamiento dará lugar a la incorporación de la medicina y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud.

En cuanto a la localización, se puede afirmar que, en general, las poblaciones indígenas son dispersas, en algunos casos móviles y en su mayoría localizados en zonas urbano-marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso.

Los saberes colectivos, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, son de un valor inapreciable. Sin embargo, ante un perfil epidemiológico tan complejo, cubren solamente una parte de sus necesidades de salud. A propósito de esta afirmación, en referencia a los problemas que afectan a los niños indígenas del municipio de Cotagaita, del Departamento de Potosí, en Bolivia, la autoridad originaria mencionaba en un estudio lo siguiente: “...*La madre tierra está muy cansada y necesita atención, de la misma manera que nuestra salud y*



*la salud de nuestros niños está dañada por desnutrición, sarnas, diarreas, y otras enfermedades y necesita medicamentos. Ya no se puede tener solamente la asistencia de la partera y de los sabios indígenas, aunque ellos nos curan con cuidado, con respeto, paciencia y cariño...”*

La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas marginales, alcanza los niveles más críticos en las zonas indígenas. En el Alto Río Negro en Brasil, por ejemplo, hay dos hospitales; la región tiene aproximadamente ocho millones de hectáreas de superficie, y la distancia entre los hospitales y las comunidades indígenas puede tomar varios días de viaje, sea a pie por la selva o en canoa, dependiendo del estado del tiempo. Las dificultades de acceso físico sumado al costo indirecto (precio de transporte, alimentación, alimentación para la familia que se queda en la aldea, la pérdida de la jornada laboral, etc.) puede aumentar el período de tiempo entre la manifestación de los primeros síntomas de la enfermedad y la búsqueda de la atención de salud.

Ante esta realidad, es preciso identificar estrategias, que permitan el acercamiento de la atención formal de salud a esta población. **Esto supone, tomar en cuenta propuestas innovadoras, ante las diferencias de las culturas respecto** a la lengua y comunicación, valores y creencias, la organización social, formas de vida, organización del tiempo y los recursos terapéuticos propios de la comunidad.

En general, en muchas comunidades indígenas, **el idioma nativo**, es el de comunicación cotidiana en todos los grupos de edad, incluidos los niños. La tendencia hacia el monolingüismo en el idioma indígena se hace evidente entre las mujeres adultas y los adultos mayores que son, en muchos casos, las personas que se quedan al cuidado de los niños.

Varios signos, síntomas y enfermedades son nombrados con términos en el idioma nativo o español coloquial. Por lo general, la gente con una palabra simplifica el diagnóstico y ataca al síntoma que entiende como la expresión de la enfermedad.

**La calidad de la relación entre el personal de salud y las personas que buscan atención de salud es decisiva.**

Comúnmente, este personal se limita a dar algunas explicaciones rápidas sobre la enfermedad o el modo de transmisión, la evolución y la necesidad de seguir el tratamiento prescrito, sin preocuparse de saber si esta información fue comprendida y mucho menos de si el paciente y su familia acudieron al sistema de salud indígena. En ocasiones el paciente se hace acompañar por un pariente que es bilingüe y que les sirve de intérprete, pero si el personal de salud no conoce el idioma indígena, no tiene ningún control sobre la información que es transmitida.

La capacitación efectiva del personal de salud es esencial. Generalmente, las actitudes de incompreensión de la problemática de los pueblos indígenas,

proviene de un desconocimiento casi total de lo que estos pueblos son y saben. No son raros los casos de discriminación y maltrato a los pacientes de estos pueblos.

Por ejemplo, los recursos humanos involucrados en la atención de la salud de los pueblos indígenas deben conocer el número de personas y su distribución por pertenencia étnica, grupo étnico y sexo, en una comunidad o región determinadas. Los conocimientos técnicos son imprescindibles. Estos incluyen, conocer, de acuerdo al perfil epidemiológico que los afecta, el curso clínico de la enfermedad, los métodos y habilidades del diagnóstico clínico y microscópico, conocimientos básicos de entomología y, particularmente, el conocimiento de la población y de los determinantes que influyen en las condiciones de vida y salud de estos pueblos.

Por supuesto, la provisión adecuada de insumos de acuerdo al perfil epidemiológico de la población de la comunidad es importante y sobretodo el fortalecimiento de la capacidad gerencial para resolver tanto las situaciones de emergencia, como para promover la salud de la población dentro del desarrollo social y económico de la comunidad.

Y refiriéndonos al perfil epidemiológico y a la información disponible sobre las condiciones de vida y salud, en general, debemos indicar que esta información no proviene de fuentes homogéneas, solamente pocos países recopilan

habitualmente y analizan las estadísticas vitales o de servicios por etnia, **y menos aún presentan datos desagregados por etnia y género.** De ahí que, es difícil obtener información que permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los más de 45 millones de indígenas que forman parte de las Américas.

A pesar de estas limitaciones, en estos espacios, concretamente en los espacios de origen y asentamiento de los pueblos indígenas, es en donde encontramos algo que está bastante documentado y en lo que los países que participaron en la evaluación de la Década Internacional de Los Pueblos Indígenas del Mundo, parecen coincidir: las más profundas y brutales inequidades en cuanto a la pobreza y la miseria, la carencia de servicios básicos, las altísimas tasas de mortalidad materna-infantil, la desnutrición y las enfermedades infecciosas con porcentajes que casi no admiten discusión.

No es difícil evidenciar en territorios indígenas, la destrucción gradual del ecosistema por la sobre explotación de los recursos naturales y minerales, la alteración de la dinámica de vida por la presencia de olas sucesivas de colonos y colonización indiscriminada, las obras de desarrollo, los cambios de patrones de asentamiento por un avance de las llamadas fronteras vivas. Si a esto se añade la falta de verdadera participación política, que impide que se considere a estos pueblos como actores





sociales y protagonistas dentro de las propuestas de desarrollo de los países, tenemos ya un cuadro más completo de los factores que provocan las condiciones reales de pobreza y las consecuencias sobre la salud de esta población. Esta marginación de la población indígena se agrava aún más por la falta de tierra y territorios, bajos salarios y desempleo acentuado.

En este contexto social y económico grave, la población indígena de las Américas presenta, con raras excepciones, condiciones de salud alarmantes. Entre las enfermedades que cobra más víctimas están la malaria, la oncocercosis, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades crónico-degenerativas, el suicidio y el SIDA.

Desafortunadamente, en general, es la población infantil la que se ve mayormente afectada por la mortalidad y morbilidad. Por las características de estas poblaciones podemos suponer que los datos de morbilidad y mortalidad son mayores a los presentados, por el número de muertes y nacimientos que se quedan sin ser registrados o especificados por pertenencia étnica. Estos son aspectos que, desde nuestro punto de vista debemos tomar en cuenta en el objetivo referente a la disminución de la mortalidad infantil y en todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para evaluar adecuadamente su cumplimiento.

En Bolivia, la tasa de mortalidad infantil promedio es de 102 por 1.000 nv en 51 municipios rurales con más de 50% de mujeres indígenas monolingües, o de más del doble al compararla con la correspondiente a la población general (54 por 1.000 nv). La desnutrición en los niños indígenas de la región norte de la Argentina es la principal causa de morbilidad y de mortalidad; 80% de los casos de desnutrición infantil se deben a parasitosis vinculadas con condiciones precarias de saneamiento ambiental.

La razón de mortalidad materna en Guatemala, país con 42% de población indígena, es de las más elevadas en América Latina, y es aún más alta entre las mujeres indígenas; de hecho, esta última es tres veces superior (211 por 100.000 nacidos vivos) a la de madres no indígenas (70 por 100.000 nv), según el estudio de línea base de la mortalidad materna del año 2000.

La tasa de mortalidad debida a tuberculosis pulmonar en la población indígena duplica la de la población general en México, y en Canadá es de 8 a 10 veces más alta que el promedio general.

Con una pequeña muestra de datos hemos visto la magnitud de los problemas que afectan a los pueblos indígenas de las Américas, por lo tanto, reconocemos la importancia de contar con datos e investigaciones cuantitativas. Sin embargo, son investigaciones cualitativas las que nos permitirán conocer el contexto de esos

números y nos permitirán comprender los procesos del nexo salud-enfermedad desde la cosmovisión indígena.

Aunque los pueblos indígenas son diversos, bien podemos hallar algunas constantes que nos ayudan a rastrear las grandes ideas de organización de su pensamiento. De acuerdo a varios investigadores, como Yáñez del Pozo, entre otros, los pueblos indígenas, afro descendientes, y otras culturas del mundo, consideran la armonía de la persona con el Universo como la fuente de la salud y el ideal de vida. Por ejemplo, **los pueblos indígenas andinos organizan el pensamiento en pares o dualidades, lo frío y lo caliente, lo alto y lo bajo, o lo masculino y lo femenino, y tienen un gran respeto por los ancestros, los antepasados y los espíritus.**

Es en esta área, donde emergen los rituales formando parte tanto de lo cotidiano, como de eventos particulares en el desarrollo de la persona. Este es el caso de la concepción, el nacimiento, el cuidado de la placenta y el ombligo, la puesta del nombre, el primer corte de cabello, el primer corte de uñas, y los rituales y ceremonias que acompañan esos momentos. El encuentro con la muerte es descrito como un proceso de transición a otros mundos.

La dualidad, por ejemplo, se ilustra en un estudio realizado en el pueblo Desana, uno de los pueblos de la familia Tukano de la amazonía de Brasil. El estudio reportó que los Desana clasifican las enfermedades en enfermedades de blancos y en enfermedades

tradicionales. Las enfermedades de los blancos tienen extremada virulencia, carácter agudo y transitorio, corto período de incubación y de infecciosidad, alto poder de contagio; mientras que las enfermedades tradicionales son de carácter endémico, evolución generalmente crónica (Buchillet, 1995). Por lo tanto, por ejemplo, la tuberculosis, en sus diversas formas (pulmonar y extra pulmonar), es considerada una enfermedad tradicional, es decir, que siempre ha estado entre la comunidad; además la tuberculosis es atribuida a hechicería, por esta razón no es considerada contagiosa.

¿Cómo procedemos con estas interpretaciones?  
¿La lógica de la medicina convencional y la lógica indígena, son realmente diferentes?  
**En la práctica, los usuarios indígenas y de otras culturas nos muestran que son enfoques complementarios. El conocimiento de la comunidad nos ayudará a entender cómo es concebida, por consecuencia, cómo puede ser abordada. Esta área de conocimiento aún tiene un desarrollo incipiente en las ciencias de la salud y menos, se la incorpora en el quehacer de los servicios de salud.**

El uso de plantas medicinales en el tratamiento y control de varias enfermedades ha sido reportado en varios estudios etnobotánicos. Sin embargo, hay un acuerdo general de que se necesita más investigación para identificar y verificar la seguridad y efectividad de esos tratamientos.



Por último, instamos en que en el mejoramiento de la salud de estos pueblos, están presentes, tanto el marco jurídico nacional e internacional dentro de los cuales se ejecutan las acciones, como la participación indígena y la acción de la comunidad.

Entre los convenios internacionales podemos citar al Convenio 169 de la OIT (1989), la Declaración del I Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo de la ONU (1994), la Declaración del II Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo de la ONU (2005), Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas del 29 junio 2006, la Resolución CD37.R5 (1993), la Resolución CD40R6 (1997), la Resolución CD47.R18 (2006) de la OPS/OMS, pero sobretodo los avances jurídicos nacionales que han facilitado la aproximación respetuosa a la realidad indígena y a sus sistemas de salud. Esto ha dado como resultado la posibilidad de incorporar el enfoque intercultural de la salud a través de la armonización de los sistemas nacionales de salud y los sistemas de salud indígenas.

Tanto en el ámbito internacional como nacional, en los procesos de formulación, ratificación e implementación de estos acuerdos, declaraciones y convenios, el liderazgo y la lucha permanente de los pueblos indígenas por sus derechos han sido un factor decisivo.

Efectivamente, la enfermedad solamente se supera cuando el individuo y la comunidad conocen sus derechos, los ejercen, y así toman en sus manos el control de su propio bienestar. Esta afirmación no es nueva, en 1978, hace más de 25 años, en la Declaración de Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud indicó que la atención primaria requiere y promueve el auto desarrollo y la participación comunitaria e individual al máximo posible en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención de la salud. A los equipos técnicos que atienden las necesidades de los pueblos indígenas les toca tener muy en cuenta la perspectiva vital y cultural de la comunidad.

El abordaje adecuado de esta problemática, desde luego, sobrepasa el ámbito del sector salud y requiere alianzas intersectoriales serias. Desde la OPS se han procurado en estos años proponer a los organismos oficiales la necesidad de volver los ojos al enfoque holístico de la salud que nos plantean los mismos pueblos indígenas. Según la cosmovisión indígena, todo está relacionado con todo y los denominados factores sociales determinantes de la salud no serían más que el conjunto de elementos y aspectos necesarios para conseguir el equilibrio tan ansiado, en el cual no todo se reduce al individuo ni todo se explica por el bienestar corporal inmediato.

Tal vez no podamos encontrar soluciones fáciles a los problemas estructurales; sin embargo, nuestro compromiso es y debe

ser, tener en cuenta en nuestro trabajo los conceptos y las prácticas de pueblos milenarios, que entienden la salud como el resultado del balance en todos los aspectos de la vida: económicos, políticos, culturales, espirituales y ambientales. Esto debe traducirse en la relación diaria con las personas y pacientes indígenas, en un trato digno que tenga en cuenta los conocimientos, las expectativas y esperanzas, los miedos y las emociones, el dolor y la angustia frente a la enfermedad y la muerte. Este diálogo, que a partir del enfoque intercultural de la salud proponemos, hará posible que podamos avanzar en la construcción de un tipo de ciudadanía que incluya las perspectivas diversas de los pueblos que viven en la Región de las Américas.







# VALORES Y PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA



**L**a OMS ha venido promoviendo la Atención Primaria de Salud (APS) incluso antes de 1978, fecha en la que se adoptó como estrategia central para alcanzar el objetivo de “Salud para Todos”. Desde entonces, el mundo y la APS han cambiado dramáticamente. Por eso, lo que se propone con la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países para organizar una estrategia combinada, efectiva y sostenible, que permita resolver los problemas de salud existentes.

Algunas razones existentes para justificar la renovación de la APS incluyen: nuevos desafíos epidemiológicos que deben ser afrontados, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados para incrementar la efectividad de la APS, el reconocimiento creciente de la APS como herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud, entre otras.

En casi todos los países de las Américas han mejorado los valores promedio de los indicadores de salud, por el ejemplo la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio, la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25% en términos absolutos; sin embargo aún existen grandes y relativamente nuevos desafíos, como el VIH/SIDA y otras enfermedades infecto contagiosas que siguen en aumento. La región además experimenta cambios económicos y sociales generalizados que tienen impactos en la salud, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares,

el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, u otras, que obedecen a cambios en el estilo de vida, la urbanización intensiva, la desarticulación del núcleo familiar y la desestructuración de la comunidad como un referente social de los pueblos, entre otros detonantes.

Durante la década pasada especialmente, las prácticas de ajuste económico, las presiones de la globalización, el impacto de políticas ortodoxas que tienen que ver con la teoría del libre mercado, entre otros factores, contribuyeron a la injusta distribución de la riqueza, asimetría en el ejercicio del poder para unos pocos, lo que exacerba aún más las inequidades, entre ellas, en la prestación de los servicios de salud.

A medida que nuestra comprensión de la salud se ha ampliado, también lo ha hecho la conciencia de que los sistemas tradicionales de prestación de salud son limitados para responder a las necesidades de la población. Para muchos, en la región existe la percepción de que “la salud es un fenómeno con implicaciones políticas, económicas y sociales y, sobre todo, un derecho fundamental, y de que la desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de la mala salud y de la muerte de la gente pobre y marginada”<sup>3</sup>.

Si tomamos como una verdad la aseveración anterior, puede afirmarse que cualquier enfoque para mejorar la salud debe

estar articulado dentro de un contexto económico, social y político, claramente establecido y amplio, ejercicio en el que debe insertarse la sociedad civil.

Un sistema de salud basado en la APS, requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de los recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles.

La definición de la renovación de la APS, en esencia, sigue siendo la misma que la de la declaración de Alma Ata, sin embargo, esta se centra en el conjunto del sistema de salud, incluyendo a los sectores público, privado y sin fines de lucro. Distingue entre valores, principios y elementos; subraya la equidad y la solidaridad, pero además incorpora principios nuevos como sostenibilidad y orientación hacia la calidad.

El enfoque que se presenta más adelante sirve solamente como una guía para la comprensión y organización de un sistema de salud, basado en la Atención Primaria de Salud. Lo propio es que cada país puede desarrollar su propia estrategia para renovar la APS, basada en su desarrollo relativo.

En la siguiente figura se presentan los valores, principios y elementos de un sistema de salud basado en la APS.

La OMS ha venido promoviendo la Atención Primaria de Salud (APS) incluso antes de 1978, fecha en la que se adoptó

como estrategia central para alcanzar el objetivo de "Salud para Todos". Desde entonces, el mundo y la APS han cambiado dramáticamente. Por eso, lo que se propone con la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países para organizar una estrategia combinada, efectiva y sostenible, que permita resolver los problemas de salud existentes.

Algunas razones existentes para justificar la renovación de la APS incluyen: nuevos desafíos epidemiológicos que deben ser afrontados, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados para incrementar la efectividad de la APS, el reconocimiento creciente de la APS como herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud, entre otras.

En casi todos los países de las Américas han mejorado los valores promedio de los indicadores de salud, por el ejemplo la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio, la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25% en términos absolutos; sin embargo aún existen grandes y relativamente nuevos desafíos, como el VIH/SIDA y otras enfermedades infecto contagiosas que siguen en aumento. La región además experimenta cambios económicos y sociales generalizados que tienen impactos en la salud, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, u otras, que obedecen a cambios en el estilo de vida, la





urbanización intensiva, la desarticulación del núcleo familiar y la desestructuración de la comunidad como un referente social de los pueblos, entre otros detonantes.

Durante la década pasada especialmente, las prácticas de ajuste económico, las presiones de la globalización, el impacto de políticas ortodoxas que tienen que ver con la teoría del libre mercado, entre otros factores, contribuyeron a la injusta distribución de la riqueza, asimetría en el ejercicio del poder para unos pocos, lo que exacerba aún más las inequidades, entre ellas, en la prestación de los servicios de salud.

A medida que nuestra comprensión de la salud se ha ampliado, también lo ha hecho la conciencia de que los sistemas tradicionales de prestación de salud son limitados para responder a las necesidades de la población. Para muchos, en la región existe la percepción de que “la salud es un fenómeno con implicaciones políticas, económicas y sociales y, sobre todo, un derecho fundamental, y de que la desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de la mala salud y de la muerte de la gente pobre y marginada”.

Si tomamos como una verdad la aseveración anterior, puede afirmarse que cualquier enfoque para mejorar la salud debe estar articulado dentro de un contexto económico, social y político, claramente establecido y amplio,

ejercicio en el que debe insertarse la sociedad civil.

Un sistema de salud basado en la APS, requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de los recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles.

La definición de la renovación de la APS, en esencia, sigue siendo la misma que la de la declaración de Alma Ata, sin embargo, esta se centra en el conjunto del sistema de salud, incluyendo a los sectores público, privado y sin fines de lucro. Distingue entre valores, principios y elementos; subraya la equidad y la solidaridad, pero además incorpora principios nuevos como sostenibilidad y orientación hacia la calidad.

El enfoque que se presenta más adelante sirve solamente como una guía para la comprensión y organización de un sistema de salud, basado en la Atención Primaria de Salud. Lo propio es que cada país puede desarrollar su propia estrategia para renovar la APS, basada en su desarrollo relativo.

En la siguiente figura se presentan los valores, principios y elementos de un sistema de salud basado en la APS.





los cimientos para las políticas de salud, los criterios evaluativos, la generación y asignación de recursos, así como para la operacionalización del sistema.

**a. Dar respuesta a las necesidades de salud de la población.-**

los sistemas de salud deben centrarse en las personas para satisfacer sus necesidades de la manera más amplia posible. La APS debe permitir la atención de las necesidades de las personas, independientemente de su estatus económico, cultura, género, o pertenencia étnica.

**b. Los servicios orientados hacia la calidad.-**

Estos servicios tienen la capacidad de anticipar las necesidades de la población, y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Para cumplir con este postulado es necesario dotar al personal sanitario de todo nivel con conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua. Requiere también de procedimientos adecuados para evaluar la eficiencia la efectividad y la seguridad de las intervenciones de salud preventiva y curativa.

**c. Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos.-**

Busca asegurar que los derechos sociales sean garantizados y aplicados por el gobierno y que los ciudadanos sean protegidos de cualquier quebranto de sus derechos. Este principio se aplica

a todas las funciones de los sistemas de salud sin consideración del tipo de proveedor (públicos, privados o sin fines de lucro). Los distintos niveles de gobierno requieren de líneas claras de responsabilidad y mecanismos de rendición de cuentas.

**d. La justicia social.-**

sugiere que las acciones del gobierno, en particular, deben ser evaluadas por el grado en el que aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, especialmente los más vulnerables.

**e. La sostenibilidad.-**

del sistema de salud requiere del uso de la planificación estratégica y de la generación de compromisos duraderos. Un sistema de salud basado en la APS es el medio más importante para invertir en la salud de la población.

**f. La participación.-**

hace a los individuos, socios activos de la toma de decisiones sobre la asignación y uso de los recursos, la definición de prioridades y la rendición de cuentas.

**g. La intersectorialidad.-**

en salud significa que el sistema de salud debe trabajar con diferentes sectores y actores para asegurar que las políticas públicas se alinean para maximizar su potencial contribución a la salud y desarrollo humano.

3. People's Health Movement, editor. Health for All Now Revive Alma Ata. The Alma Ata Anniversary pack 2003. Unnikrishnan, Bangalore (India)



# APROXIMACIÓN CONCEPTUAL:

SALUD, INTERCULTURALIDAD,  
CALIDAD, ACCESO, LICENCIAMIENTO,  
CERTIFICACIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD

**E**n 1978, la Declaración de Alma Ata definió la atención primaria como, la atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables, así como tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener. Forma parte integral del sistema de salud del país y del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad llevando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud.

Existen varias **definiciones sobre calidad de la prestación de los servicios de salud** que pueden revisarse, algunas de ellas son:

*Avedis Donabedian*: “el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”. Otero A: “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, y con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción de usuario”. Para la *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* es el grado del servicio de atención al paciente que aumenta las probabilidades de obtener resultados deseados por el paciente y reduce las probabilidades de resultados adversos, dado el estado de conocimiento.

Mientras, los instrumentos que regulan la calidad de la atención son: la acreditación, la categorización, el licenciamiento o habilitación, y los programas de auto evaluación.

El **licenciamiento o habilitación** es un procedimiento de carácter obligatorio con basamento legal, por medio del cual, la Autoridad Sanitaria otorga el permiso de funcionamiento, previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables, a las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, según su nivel resolutivo.

La **acreditación**: es el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntaria, periódica y reservada, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción. Podría decirse que un establecimiento asistencial “acredita” o es “acreditado” cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

La **categorización** es la clasificación de los efectos ambulatorios y de internación de acuerdo con el criterio que se adopte (complejidad, riesgos de atención u otros). Permite definir niveles, concentrando actividades, clasificando las prestaciones

de acuerdo con la viabilidad de su realización según tipo de establecimientos y facilita la configuración de una Red de servicios en los Sistema Locales de Salud.

Los **programas de auto evaluación** se definen contra criterios explícitos y aceptables de desempeño, que son comparados con la atención ofrecida. Las reuniones anatomopatológicas postmortem, las discusiones de casos clínicos o las revisiones de registros médicos, constituyen también parte de la evaluación institucional. La referencia y contra referencia entre la red de servicios utilizando indicadores trazadores, las secuelas clínicas y la satisfacción individual y de los familiares por la atención recibida, son otros ejemplos de evaluación.

Por tanto, los pasos básicos generales para construir y mejorar la calidad de un centro asistencial de salud son:

- El **Licenciamiento** (o habilitación) sería el paso inicial para la puesta en marcha de un establecimiento asistencial.
- La **AcREDITACIÓN** conduciría a la elevación progresiva del nivel de calidad institucional de la atención.
- La **Categorización** suministraría los determinantes de las prestaciones que se pueden realizar y la constitución de redes de establecimientos.
- Los **Métodos de auto evaluación** son procedimientos intrainstitucionales específicos.

Los mayores cambios en los planes de calidad se han producido en los últimos años a nivel de las administraciones. En España por ejemplo, cada administración ha optado por un modelo de acreditación propia, Galicia, ha publicado un libro de estándares de acreditación hospitalaria enfocado por servicios o áreas de atención – anatomía patológica, diagnóstico por la imagen, etc.; mientras que Cataluña apuesta por un nuevo sistema de acreditación basado en el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) que combina estándares de la JCAHO e ISO; en tanto, Osakidetza, que no tiene un sistema de acreditación propia, utiliza el modelo EFQM como base para el desarrollo de los centros. Otras comunidades han elegido enfoques menos conocidos: Andalucía ha optado por un modelo de calidad “transistema” -que integra los servicios de diferentes niveles asistenciales- basados en procesos clave y en su evaluación.

Estos ejemplos citados nos sirven para graficar una tendencia a la dispersión en los modelos de acreditación, que es mundial en este momento; en los últimos años pocos países, como Francia, han desarrollado un modelo de acreditación único. Parece evidente que esta atomización de modelos de acreditación obligará a realizar esfuerzos importantes de armonización en el futuro. Desde el punto de vista del usuario, en cambio, frecuentemente se acude a un listado de anhelos o aspiraciones, que pueden en su momento formular un concepto de calidad en la asistencia de salud; generalmente el listado de los pacientes se resumen en:



- Información comprensible.
- Determinar el grado de participación en la toma de decisiones.
- Acceso a la historia clínica completa.
- Derecho a la segunda opinión.
- Comunicación con la atención sanitaria fuera de las consultas.

Es decir, el paciente desea contar siempre con la información más completa sobre el procedimiento de diagnóstico, análisis, exámenes y demás pruebas, a los que se vea sometido, así como, contar con información sobre el tratamiento. Desea también contar con acceso libre a su historia clínica, la que por políticas administrativas no siempre es posible y que es requerida generalmente para buscar una segunda opinión en el diagnóstico o tratamiento prescrito.

La calidad, en general, y en términos operativos es definida como las "características de un bien o un servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario o cliente". La calidad en los servicios de salud, también en términos operativos, significa "ofrecer a quienes reciben servicios de salud, la seguridad de que recibirán los mayores beneficios posibles y de que serán protegidos contra riesgos innecesarios". En este sentido, la calidad tiene una dimensión técnica y una dimensión que depende de la percepción del usuario/

paciente. La calidad técnica tiene que ver con la seguridad, efectividad y utilidad de la atención de la salud y la calidad percibida con la aceptabilidad y calidez, es decir con el trato digno al usuario/paciente. En resumen, "hacer las cosas correctas, correctamente" (Muir Gray en Infante A. Garantía de la Calidad. Presentación en Power Point, OPS/2005).

Los principales atributos de la calidad en la atención de la prestación de los servicios de salud son, la efectividad, la eficiencia, aceptabilidad, legitimidad, y la equidad.

- La efectividad: consiste en la habilidad del sistema para lograr las mayores mejoras en salud.
- La eficiencia: se refiere a la habilidad de disminuir los costos de atención sin disminuir las mejoras logradas en salud.
- La aceptabilidad: conformidad con los deseos y esperanzas de los pacientes, familias, etc.
- Legitimidad: conformidad con las preferencias sociales expresadas a través de los principios éticos, valores, normas, leyes y regulaciones
- Equidad: conformidad con el principio de una justa distribución de atención de salud y de sus beneficios entre todos los miembros de la población<sup>4</sup>.

Una de las dimensiones de la calidad asistencial es la accesibilidad, que

se refiere a la facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita. Esta dimensión contempla no únicamente barreras de tipo estructural (horario, distancia) y económico, sino también barreras organizativas, sociales y culturales. Dentro de esta dimensión se podría incluir la equidad, que se refiere a la distribución justa de los recursos sanitarios entre la población.

El estado del acceso a la atención de salud en América Latina, puede ilustrarse con los siguientes datos:

- Población total de América Latina y el Caribe (LAC): 500 millones.
  - 27% de la población carece de acceso permanente a los servicios básicos de salud (125 millones).
  - 46% de la población no tiene seguro de salud (230 millones)
  - Población sin acceso debido a razones económicas, aprox. 120 millones.

Otros indicadores son:

- Población sin acceso debido a razones geográficas: 107 millones.
- 17% de los nacimientos en LAC no son atendidos por personal de salud calificado.
- 82 millones de niñ@s no tienen su esquema de vacunación completo.
- 152 millones de personas no tiene acceso a agua potable y saneamiento básico<sup>5</sup>.

Las principales barreras de acceso a los servicios de salud identificados en la región son:

- Barreras culturales:
  - Lenguaje.
  - Conocimiento, actitudes, creencias, prácticas.
- Barreras sociales:
  - Nivel educacional.
- Barreras económicas:
  - Precios de los servicios, pago de bolsillo.
- Barreras geográficas:
  - Distancia a los servicios.
- Percepción de la calidad de los servicios:
  - Hospitalidad, disponibilidad de medicación, horas de funcionamiento, período de espera, etc<sup>6</sup>.

Durante las misiones de cooperación técnica a los países desde los diferentes sectores contactados (Ministerios de Salud, Sector Académico, Organizaciones Indígenas, Organizaciones no Gubernamentales, Representaciones de la OPS/OMS), se ha manifestado, la preocupación por diversos y complejos factores (barreras culturales, barreras sociales, económicas, barreras geográficas) que condicionan el bajo acceso y utilización de la población urbano marginal y especialmente rural, de los servicios públicos de salud. De igual manera, han reconocido, tanto el aporte de conocimientos, prácticas, recursos y terapeutas





indígenas a la salud de aquellas poblaciones, como la necesidad de encontrar estrategias y espacios adecuados para fortalecerlos y generar una inter-relación mutua, respetuosa y complementaria con los sistemas de salud oficiales.

Las barreras culturales, están dadas por la falta de comprensión de estos contextos culturales que en no pocos casos, otorgan prestigio a diferentes culturas, en detrimento de otras, determinando el lugar que cada una de las culturas tienen en las sociedades nacionales. La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicación, comportamiento cosmovisión e instituciones (familia, instituciones económicas, políticas, religiosas), que son características y sirven para preservar a un grupo social dado. La etnia, la raza, el ámbito geográfico y el nivel socio-económico en varias combinaciones, constituyen los diferentes contextos culturales.

Los servicios públicos no toman en cuenta las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo, determinando barreras organizacionales al interior de los servicios de salud, es decir, problemas asociados con el desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud. Cada una de estas manifestaciones representa la incongruencia entre la organización y provisión de los servicios

de salud y la dinámica de las poblaciones multiculturales.

Las barreras sociales están determinadas por ejemplo, por el nivel de educación. En el caso de los pueblos indígenas, las tasas de analfabetismo son altas especialmente entre las mujeres. Las barreras económicas constituyen las dificultades financieras que la población tiene para acceder a la atención en salud por su nivel de ingreso, costo real de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, pérdida de días laborados) especialmente en casos de emergencia. Varias comunidades, además, utilizan el trueque como medio de pago, este mecanismo, por lo general, no es aceptado en la sociedad no indígena. Las barreras geográficas se refieren a las dificultades que la población tiene para acceder a la atención de salud debido a la distancia, medio de transporte y aislamiento geográfico estacional.

En cuanto al acceso, la definición disponible se refiere en términos de acceso geográfico. Estableciendo que la población urbana tiene acceso a los servicios públicos de salud cuando el centro más cercano se encuentra a 30 minutos y en el caso de la población rural a 1 hora. Sin embargo, creemos necesario incorporar en esta definición, los problemas relacionados con las barreras culturales y económicas que condicionan el acceso real de la población a los servicios de salud.

Como referencia, una propuesta de estándares y componentes para el licenciamiento de los servicios de salud debe tomar en

cuenta el marco jurídico que promueve la equidad y que estaría traducido en la administración y la aplicación de normativas vigentes, protocolos basados en evidencias y las estrategias institucionales para garantizar, por ejemplo, la provisión adecuada de insumos médicos.

Otro criterio para definir los estándares tiene que ver con la preparación y eficiencia del personal gerencial, personal profesional, técnico, administrativo y de apoyo que garanticen la prestación del servicio, al que puede sumarse indicadores como la cantidad de enfermeras por paciente, etc. La presencia de gestores de salud que conozcan la práctica de la terapia y medicina indígena en el marco de la comprensión del conocimiento indígena, totalmente integrados con el personal profesional de salud formal y trabajen en equipo, es una necesidad inmediata.

La infraestructura existente en la unidad de salud, con instalaciones físicas diseñadas

para recibir y alojar al paciente e incluso a un acompañante, especialmente si es indígena, y que sean construidas atendiendo las costumbres de este segmento poblacional, es fundamental.

El equipamiento debe cumplir con los estándares técnicos de acuerdo al nivel de complejidad del centro de salud, facilitando la estadía del paciente indígena, lo que permitirá que el paciente se sienta cómodo y considerado al respetar sus costumbres, redundando en una mejor atención y satisfacción.

Como se ha visto en esta propuesta, la administración, la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos permiten calificar la calidad final de la prestación de los servicios de salud.

A continuación se plantea un cuadro de pesos relativo de cada componente, de acuerdo al grado de complejidad del establecimiento prestador del servicio:

### Peso propuesto por cada componente por nivel de complejidad

Componente	PS	SCS	CS
Administración	20%	10%	10%
Infraestructura	10%	40%	40%
Equipamiento	30%	20%	30%
Recursos Humanos	40%	30%	20%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>

PS: Puesto de Salud; SCS: Sub Centro de Salud; CS: Centro de Salud



Mediante la incorporación del enfoque intercultural a la salud, lo que se propone es, fortalecer a las culturas no dominantes y sensibilizar a las culturas dominantes, al recalcar aspectos similares entre las culturas y promover un proceso de aprendizaje multidireccional.

En los paradigmas interculturales, el concepto de la interculturalidad se comprende como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto para las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, lingüísticas de género y generacionales existentes entre una y varias culturas, en un espacio dado, imprescindible para establecer una sociedad justa (OPS, 1998a). Para ejercer el principio de la participación social apoyado por la reforma del sector de la salud, la aplicación del enfoque intercultural de la salud debe basarse en los principios de diálogo, respeto por la diversidad, la democracia y la participación con interacción cultural, consulta, consenso y colaboración de objetivos (OPS, 1998a).

La meta de este proceso es contribuir al acceso equitativo a la atención de salud de calidad en función del suministro de la atención oportuna, eficaz y segura (calidad técnica), y en condiciones físicas y éticas adecuadas con calidez que determinen la aceptabilidad del usuario y el trato digno en la prestación de la atención de la salud (calidad percibida) (Omram, 1997; OPS, 1998; PAHO, 1998<sup>a</sup>, OPS, 2005).

Algunas de las recomendaciones más importantes que deben ser incorporadas en la política de prestación de servicios de salud con enfoque intercultural, en los países de la región son las siguientes:

- Aplicar el concepto de salud integral basado en el equilibrio biológico, sociológico y espiritual, que se sustenta en el enfoque holístico de la salud propuesto por los mismos pueblos indígenas y que promueve la armonía de la sociedad y la autodeterminación de los pueblos, en condiciones de equidad.
- Respecto de los desafíos de la incorporación de la visión indígena, se recomienda que, los cuerpos legales, reglamentos y normativas incluyan valorar los conocimientos ancestrales de los pueblos originarios, llegando a similares niveles de conciencia que el conocimiento occidental.
- La formación y fortalecimiento de los recursos humanos indígenas de la salud deben incrementar el número de profesionales sanitarios indígenas para que trabajen en la propia comunidad.
- La importancia que tienen los procesos gerenciales basados en evidencias, necesitan urgentemente modificar los sistemas de información sanitaria para incorporar la variable de pertenencia étnica y otras en sus esquemas.
- La descentralización en la toma de decisiones en salud en general, y en salud

indígena en particular, a nivel nacional, subnacional y local.

- Al existir resistencias por parte de elementos del Sistema de Salud, esto se refiere a los trabajadores o profesionales, se debe generar estrategias de sensibilización.
- La participación de líderes y sabios indígenas en la gestión de los servicios de salud es necesaria para la promoción de procesos adecuados de acreditación de los practicantes reconocidos en medicina tradicional indígena.
- Evitar que, desde las modificaciones introducidas para darle el enfoque intercultural a la prestación de salud, se corra el riesgo de generar divisiones en el liderazgo indígena.
- Propiciar programas de fortalecimiento de la identidad y valor de los pueblos indígenas.
- Impulsar y potenciar acciones intersectoriales para fortalecer la presencia de los pueblos indígenas en el contexto nacional y generar acciones coordinadas que respondan a una problemática indígena compleja que supera al ámbito de acción del sector salud.

---

4. Fuente: Avedis Donabedian, Adaptación de JL di Fabio  
5. JL Di Fabio, en presentación en power point, OPS, 2005  
6. JL Di Fabio, en presentación en power point, OPS, 2005







# PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS: ATENCIÓN PRIMARIA E INTERCULTURALIDAD EN BOLIVIA, BRASIL, CHILE, ECUADOR, MÉXICO, PANAMÁ Y VENEZUELA



**E**l taller realizado en noviembre de 2005 tuvo entre sus objetivos, el de compartir experiencias sobre prestación de servicios de salud en zonas con población indígena en los países de la región, mostrando ángulos distintos pero importantes, en los diferentes enfoques, métodos y conceptos contenidos en cada experiencia.

El resumen de las experiencias es el siguiente:

• **BOLIVIA**

La experiencia se refiere al proyecto Ayllus en La Paz, desarrollado para seis comunidades, consiste en la construcción de un centro de salud en el que se emplean tanto la medicina tradicional como la accidental; implementación de boticas comunales y otros servicios, así como la capacitación de personal indígena que se integra al centro de salud.

País	Bolivia
Contexto Nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superficie: 1.098.581 Km.</li> <li>• Población: 8.274.325 Hab.</li> <li>• Densidad poblacional 7.5 hab. x Km.</li> <li>• Esperanza del Vida al nacer: 63.3 (2001)</li> <li>• PIB per. cápita 936 \$us.</li> <li>• Incidencia de pobreza 64.5%</li> <li>• Extrema pobreza 36.6%</li> <li>• Población alfabetizada (mayor de 15 años) 86%</li> <li>• El 60% de la población es menor de 25 años.</li> <li>• Sólo el 7% es mayor de 65 años</li> <li>• 62% de la población es urbana</li> <li>• 56% Quechua o Aymara</li> <li>• 6% Guaraní</li> <li>• 11 % monolingüe nativo</li> </ul>
Principios constitucionales vigentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de una nueva Constitución (Asamblea Constituyente)</li> <li>• Creciente demanda de cambios estructurales en la política social en el país</li> </ul>

<p><b>Leyes/Ámbito del sector salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1987. Reglamento para la práctica de la Medicina Naturista Tradicional, aprobado por Resolución Ministerial N° 0231 del 13 de marzo de 1987.</li> <li>• 1998. Seguro Básico de Salud, se instituye mediante DS 25265 del 31 de Diciembre de 1998.</li> <li>• 2001. Reglamento Seguro Básico de Salud. Aprobado por Resolución Ministerial N° 0182 del 10 de mayo del 2001.</li> <li>• Art.6. EL SBS cubre la atención del embarazo y sus complicaciones, así como enfermedades prevalentes que afectan al menor de 5 años y a la población en general.</li> <li>• 2001. Normas para medicamentos naturales, tradicionales y homeopáticos, definido por resolución Ministerial N° 0013 de 16 de enero de 2002.</li> <li>• 2002. Política Nacional de Salud, estrategias: atención primaria, gestión compartida, inclusión social, eliminación de discriminación en la atención de la población originaria.</li> <li>• El 18 de enero del 2002, se resuelve la declaración del D.S. N° 26330 que crea el Seguro de Salud Indígena y Originaria.</li> <li>• 2002. Ley 2426 del 21 de noviembre de 2002, crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) artículo 8, sobre usos y costumbres.</li> <li>• 2002. Reglamento SUMI, establece la creación de los Directorios Locales de Salud (DILOS), máxima autoridad en la “gestión compartida con participación popular en salud” para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud, la implantación del SUMI y la aplicación de programas priorizados por el municipio (Art. 7. II) .</li> </ul>
<p><b>Cambios en visión socio económica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpelación al modelo neoliberal con refundación</li> <li>• Económica</li> </ul>
<p><b>Tipo de experiencia presentada</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia local</li> </ul>
<p><b>Resumen de la experiencia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Estratégico Integral de Desarrollo.- Ayllus en Paz: Proyecto desarrollado para 6 comunidades del Municipio Pocoata, Departamento Potosí; en el que el objetivo es la construcción de un centro de salud en el que se empleen tanto la medicina tradicional como la occidental, reconociendo el trabajo de prestadores de salud tradicionales como las parteras. Igualmente se implementan boticas comunales y otras acciones específicas con la participación de estudiantes y profesionales indígenas.</li> </ul>
<p><b>Objetivo final de la experiencia</b></p>	<p>Construcción de centro de salud en el que se emplean las dos visiones de salud, tradicional y occidental</p>
<p><b>Factores que facilitan el proceso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación Comunitaria en la toma de decisiones</li> <li>• Reconocimiento de organización según usos y costumbres</li> <li>• Compromiso de municipios, prefectura, cooperación internacional, etc.</li> <li>• Marco Legal y Control social.</li> </ul>





<b>Factores que obstaculizan el proceso</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desconfianza hacia las acciones del Estado</li><li>• Visión asistencialista de algunas autoridades</li><li>• Barreras geográficas</li><li>• Territorialidad vs. División Política</li><li>• Historia de rivalidad</li><li>• Contexto socio-político</li><li>• Sistema de Información incompleto</li><li>• Programas del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) sin enfoque intercultural</li><li>• Dirección Medicina Tradicional e Interculturalidad sin representación regional</li><li>• Evaluación de la calidad incipiente</li><li>• Ausencia de Políticas de Estado</li></ul>
<b>Recomendaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participación de los pueblos indígenas desde el MSD en la gestión de políticas públicas</li><li>• Enfoque integral de la problemática</li><li>• Iniciar procesos de acreditación de practicantes de medicina Tradicional</li><li>• Acciones multisectoriales e interinstitucionales</li><li>• Construcción de Marco Legal Especifico</li><li>• Definición por los usuarios de los parámetros de satisfacción</li></ul>

• **BRASIL**

El Ministerio de Salud presta sus servicios directamente o a través de la Fundación Nacional para la Salud –FUNASA–, que coordina, emite la normativa y ejecuta las acciones de atención de salud. La experiencia presentada es de tipo nacional, donde la atención básica en los territorios indígenas es descentralizada y regionalizada en distritos indígenas; cuenta con un sistema de asistencia de media a alta complejidad, en coordinación con los municipios. La planificación y veeduría es reforzada a través de Consejos indígenas y

Conferencias de Salud (locales, distritales y nacionales).

La implementación de una infraestructura tan vasta, con equipamiento y sistemas de abastecimiento complejos, por el tamaño del país. Entre los factores favorables para una positiva gestión del proceso se destacan: la capacitación de personal de salud, formación de personal indígena que conoce sobre salud tradicional, respeta las tradiciones y costumbres indígenas; la participación de la comunidad, el concurso complementario de los gobiernos seccionales y de las ONG's.

País	Brasil
Contexto Nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población indígena: 445.103 0.3%</li> <li>• Tierras Indígenas: 580</li> <li>• Etnias: 210</li> <li>• Lenguas: 170</li> <li>• Aldeas: 3.726</li> <li>• Municipios: 379</li> <li>• 34 Distritos Sanitarios especiales Indígenas (DSEI)</li> </ul>
Principios constitucionales vigentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Constitución Federal reconoce a los pueblos indígenas sus especificidades étnicas y culturales así como establece sus derechos sociales, siendo principales los artículos 231 y 232 del capítulo VIII (De los Indios) del Título VIII (De la orden social):</li> <li>• Art. 231. Son reconocidos a los indios su organización social, costumbres, lenguas, creencias y tradiciones, y los derechos originarios sobre las tierras que tradicionalmente ocupan, compitiendo a la Unión demarcarlas, proteger y hacer respetar todos sus bienes.</li> </ul>



<p><b>Leyes/Ámbito del sector salud</b></p>	<p>Política Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Decreto MS No. 254 del 31 de enero del 2002 aprueba la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas.</li> <li>• El Decreto 070/GM, del 20 de febrero del 2004, aprueba las directrices de Gestión de la Política Nacional de Atención a la Salud Indígena.</li> </ul> <p>Subsistema de Salud Indígena:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El subsistema de salud indígena del Sistema Único de Salud fue instituido por la Ley No.9.836, del 23 de septiembre de 1999, que incrementó un capítulo específico a la Ley 8.080, del 19 de septiembre. de 1990, que estructura el Sistema Único de Salud. Esta Ley es reglamentada por el Decreto No, 3156, del 27 de agosto del 2004.</li> </ul> <p>Relación con el SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Decreto MS No.1163, del 14 de septiembre de 1999, establece algunos mecanismos de relación del subsistema con las demás esferas del SUS.</li> <li>• Distritos Sanitarios Especiales Indígenas.</li> <li>• El Decreto FUNASA No.852, del 30 de septiembre de 1999 crea los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas y su estructura; el Regimiento Interno de la FUNASA sitúa los DSEI dentro de la estructura del órgano.</li> </ul>
<p><b>Tipo de experiencia presentada</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia a nivel nacional.</li> </ul>
<p><b>Resumen de la experiencia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brasil dispone de un Sistema Único de Salud y del Subsistema de Salud Indígena. La atención básica en los territorios indígenas es descentralizada y regionalizada en distritos indígenas; cuenta con un sistema de asistencia de media a alta complejidad, en coordinación con municipios. La planificación y veeduría es reforzada a través de los Consejos Indígenas y Conferencias de Salud (local, distrital y nacional). El proceso cuenta con un Sistema de Información.</li> <li>• Operativamente, el Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI), está formado por el puesto de salud, que es aquel situado dentro de las aldeas indígenas; luego, y con una mayor cobertura geográfica encontramos los polos-base, con equipos multidisciplinarios de salud; y, finalmente se encuentra la Casa de Salud del Indígena (CASAI), que atiende los casos referenciados de media o alta complejidad de su jurisdicción. Esta red es claramente identificada y organizada en cada Distrito de Salud.</li> <li>• Las acciones principales son la inmunización, vigilancia nutricional, atención integral de la salud de la mujer, abastecimiento de agua y saneamiento, salud bucal, tuberculosis y malaria.</li> </ul>
<p><b>Objetivo final de la experiencia</b></p>	<p>Asegurar la atención integral de salud, para superar los factores de riesgo de la población indígena. Institucionalización de los derechos.</p>
<p><b>Factores que facilitan el proceso</b></p>	<p><b>Control social:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación a profesionales y agentes indígenas.</li> </ul>

<b>Factores que obstaculizan el proceso</b>	<p>Dificultad para interiorización de los recursos humanos para gestión y ejecución de servicios. Centralización de procesos administrativos. Confusión del rol de organizaciones indígenas: representantes por prestador de servicios. Dificultad en la coordinación para atención de mediana a alta complejidad.</p>
<b>Otros aportes</b>	<p>Modelo de gestión desarrollado: El DSEI es la autoridad sanitaria en el territorio indígena. Creación de mecanismos de contratación de gestores de salud en las zonas de los DSEI. Sistema de información incorpora la variable de pertenencia étnica.</p>

• **CHILE**

La República de Chile presenta una experiencia de tipo local, dirigida específicamente a la población Aymará, que para el año 2002 tenía una población de 48.501 habitantes. El proyecto, desarrollado en la Unidad de Maternidad del hospital de Iquique, dispone de un equipo de salud intercultural donde se incorpora a la partera en el control prenatal

y en la atención del parto, de modo que ambas visiones, la occidental y la aymará comparten la experiencia en un ambiente de confianza y enriquecimiento mutuo. De esta manera, en un ambiente adecuado que respeta su privacidad e intimidad, la madre camina libremente acompañada por su marido o un familiar, puede ingerir infusiones de hierbas y dar a luz en la posición que ella decida.

País	Chile
<b>Contexto Nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población Aymara Nacional: 48.501 (Censo 2002)</li> <li>• Población Femenina en Edad Fértil: 3.694</li> </ul>
<b>Principios constitucionales vigentes/políticas nacionales</b>	<p>Ley Indígena N° 19.253 D. of 5-10.1993<sup>7</sup> Política Indígena de Gobierno<sup>8</sup>. “Verdad Histórica y Nuevo Trato”, 2004.</p>
<b>Leyes/Ámbito del sector salud</b>	<p>Política de Salud y Pueblos Indígenas, 2003<sup>9</sup>. Ley de Autoridad Sanitaria N° 2763, 2004<sup>10</sup>.</p>
<b>Tipo de experiencia presentada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia Local (piloto).</li> </ul>



<b>Resumen de la experiencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La experiencia cuenta con un equipo de salud intercultural donde se incorpora a la partera en el control prenatal y en la atención del parto, de modo que ambas visiones, la occidental y la aymara comparten la experiencia en un ambiente de confianza y enriquecimiento mutuo.</li> <li>• De esta manera, en un ambiente adecuado que respeta su privacidad e intimidad, la madre camina libremente acompañada por su marido o un familiar, puede ingerir infusiones de hierbas y dar a luz en la posición que ella decida.</li> </ul>
<b>Objetivo final de la experiencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El proyecto busca mejorar la calidad técnica del control prenatal y la atención del parto de la mujer aymara de las comunidades rurales y elevar la satisfacción de la población usuaria, creando un modelo de atención Intercultural en la maternidad del Hospital de Iquique.</li> </ul>
<b>Factores que facilitan el proceso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comunidad se siente más identificada con este espacio donde su aporte es importante y han comenzado a confiar en quienes los ayudarán si así lo requieren.</li> <li>• Conocedores de la medicina indígena, y parteras especialmente, están atentas al desarrollo de la experiencia (contribuyendo a su difusión).</li> <li>• A raíz de los resultados obtenidos, profesionales desearían ser partícipes de este y futuros trabajos de complementariedad, en beneficio de la población.</li> <li>• La satisfacción de las usuarias y familias que se han incorporado al modelo, lo que permite un control social.</li> </ul>
<b>Recomendaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención centrada en el usuario, respetando su cultura y dando respuesta a sus necesidades y expectativas.</li> <li>• Definición de estándares de calidad con pertinencia cultural.</li> <li>• Trabajo en red. Sistemas de referencia y contra referencia considerando ambos sistemas de salud.</li> <li>• Evaluación permanente y participativa.</li> </ul>

7. "Ley Indígena N° 19.253" sobre "Protección, Fomento y Desarrollo Indígena". Octubre 1993 establece el reconocimiento, respeto y protección de las culturas e idiomas indígenas contemplará el uso y conservación de los idiomas indígenas, junto al español en las áreas de alta densidad indígena.
8. Política de Gobierno, como resultado de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato oficializada por el Presidente Ricardo Lagos a través del Decreto Supremo N° 19 del 18 de enero del año 2001.
9. "Políticas de Salud y Pueblos Indígenas". Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Gobierno de Chile. Enero 2003.
10. Incorporación de la población indígena como grupo prioritario en el Plan de Salud Pública. Continuidad del trabajo de salud y pueblos indígenas en las nuevas subsecretarías de Salud: de Salud Pública y de Gestión de Redes Asistenciales.

## • ECUADOR

La experiencia se refiere al Proyecto de Salud Comunitaria para la Amazonía Norte del Ecuador, desarrollado en las provincias de Napo, Orellana y Sucumbíos, entre Organizaciones Indígenas, Direcciones Provinciales de Salud, ONGs, los Municipios, Consejo Provinciales, y otros actores institucionales y organizacionales.

Los objetivos de esta experiencia son:

Fortalecer la capacidad de las Organizaciones Comunitarias y del Municipio para gestionar iniciativas de desarrollo y servicios de salud;

- Implementar un modelo de atención de salud comunitaria intercultural

- Establecer un sistema de información integral
- Consolidar el funcionamiento de la Red de Salud; y,
- Aportar para el desarrollo de la política de salud a nivel nacional.
- Todo esto en busca de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población mediante el empoderamiento comunitario en la atención de los principales problemas de salud en el marco de la interculturalidad.

El Proyecto Salud Comunitaria se ha venido desarrollando en varias áreas geográficas, en este documento se comparte la experiencia desarrollada en el Cantón Loreto.

País	Ecuador
Contexto Nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitantes: 14'000.000</li> <li>• Regiones: Costa, Sierra, Amazonía e Islas Galápagos.</li> </ul> Población: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indígena: 25%</li> <li>• Afroecuatoriana: 3%</li> <li>• Mestiza: 65%</li> <li>• Blanca y otros: 7%</li> </ul>
Principios constitucionales vigentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos 4, 44, 84</li> <li>• Mandatos de los pueblos indígenas.</li> </ul>
Leyes/Ámbito del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1999. Creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI).</li> <li>• 2002. Regularización presupuestaria y dotación de RRHH para intervenciones en 18 provincias del país.</li> <li>• 2004. Desarrollo de los componentes estratégicos operativos Desarrollo Corporativo Institucional. Modelos Interculturales de Salud y Subsistemas de las Medicinas Ancestrales y Tradicionales.</li> </ul>



<b>Tipo de experiencia presentada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia local.</li> </ul>
<b>Resumen de la experiencia</b>	<p>La Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa del Napo (FONAKIN) comenzó en 1987 un Programa de Salud en coordinación con la Dirección Provincial de Salud del Napo, con el apoyo técnico y financiero de la Cruz Roja Suiza inicialmente y más adelante de la Red Internacional de Organizaciones de Salud (RÍOS).</p> <p>El trabajo arrancó en las comunidades de la ribera del río Napo como una respuesta a los efectos del sismo de ese año y como una manera de mejorar los servicios de salud de la zona, hasta entonces deficientes. Luego de varios años de intervención sostenida, se replicó la experiencia a la zona de Loreto, donde se ubicaban varias comunidades filiales de FONAKIN que no estaban cubiertas por servicios de salud.</p> <p>En el año 2001 se organizó la Red de Salud de Loreto, provincia de Orellana, se amplió la cobertura de atención a todas las comunidades del Cantón (alrededor de 80), y se incorporaron en el proceso nuevas instituciones y organismos tales como el Municipio de Loreto y el Programa de Modernización de los Servicios de Salud –MODERSA–. La Red busca materializar las garantías que establece la Constitución del Ecuador en cuanto a la universalidad, equidad y calidad de la atención en salud, a través de la implementación de acciones de salud con base comunitaria.</p> <p>Adicionalmente, su enfoque y su estrategia se enmarcan dentro de la Reforma Estructural del Sistema del Ecuador, puesto que la legislación vigente establece la necesidad de construir participativamente planes locales de salud, a ser ejecutados por las redes de servicios de salud bajo los lineamientos de los Consejos Cantonales.</p>
<b>Objetivo final de la experiencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 <i>diversidad cultural</i>.</li> </ul>

<p><b>Factores que facilitan el proceso</b></p>	<p>Los fundamentos metodológicos en los que se basa la experiencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación institucional e intersectorial.</li> <li>• Fortalecimiento organizativo.</li> <li>• Fortalecimiento de los servicios de salud del Estado.</li> <li>• Formación de recursos humanos a nivel local.</li> <li>• Capacitación y sensibilización al personal de salud.</li> <li>• Interculturalidad en salud.</li> </ul> <p>La interculturalidad entendida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El respeto y conocimiento por la cultura sanitaria del pueblo kichwa,</li> <li>• La incorporación de la dimensión de interculturalidad en los programas públicos de salud,</li> <li>• La incorporación de actores del sistema médico indígena a las acciones de la red de salud.</li> <li>• La adaptación de las estrategias de intervención de acuerdo a las condiciones locales y cultura de la población.</li> <li>• Investigación y sistematización cultural.</li> </ul>
<p><b>Factores que obstaculizan el proceso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La alta rotación del personal sanitario.</li> <li>• En un principio, la ausencia de una normativa que respalde el proceso<sup>12</sup>.</li> </ul>
<p><b>Recomendaciones / lecciones aprendidas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se puede trabajar al margen del Estado.</li> <li>• En el proceso de coordinación con el Estado se visualiza la importancia de trabajar con todas las instancias institucionales del MSP, desde el personal operativo, hasta los mandos medios y directivos.</li> <li>• Entender a la interculturalidad como un proceso.</li> <li>• La sencillez de las estrategias e instrumentos.</li> <li>• El liderazgo de la organización indígena.</li> <li>• El proceso de construcción el Consejo Cantonal de Salud.</li> <li>• Si se trabaja con el Estado, hay que dominar la normativa y las regulaciones de la administración pública.</li> <li>• Queda como lección la necesidad de documentar permanentemente la experiencia para que los aprendizajes, errores y avances del proceso no se pierdan.</li> </ul>
<p><b>Otros aportes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ha abordado estrategias tendientes a garantizar la sostenibilidad del proceso desde el punto de vista social, técnico, financiero y gerencial.</li> <li>• La experiencia ha servido como referencia para establecer un “modelo de atención” en salud intercultural en regiones con alta incidencia de población indígena.</li> </ul>

11. Esta experiencia esta Sistematizada en el documento “Red de Salud de Loreto” de FONAKIN /RÍOS, 2005.

12. Actualmente, la normativa del modelo de atención de salud propuesto por el Ministerio de Salud, respalda la propuesta del Proyecto de Salud Comunitaria para la Amazonía Norte del Ecuador.





- **MÉXICO**

El programa Oportunidades, inscrito en la iniciativa Contigo, es un programa integral que suma acciones de alimentación, salud y educación para población en pobreza extrema, entre las que se encuentra la población indígena. En el área de salud indígena, Oportunidades ha entregado paquetes de servicios de salud básica, suplemento nutricional a infantes menores de 5 años y mujeres embarazadas y en período de lactancia. Se garantiza el 100 % en la cobertura de vacunas y vigilancia

a través del sistema de cartillas nacionales de salud; entre otras acciones.

La focalización y direccionalidad de los recursos, el diseño de incentivos y acciones basados en información sólida y en corresponsabilidad, el garantizar la coordinación interinstitucional y una eficiencia operativa, mantener el programa al margen de la manipulación, la disputa política y de coyunturas electorales; son entre otros, los factores de éxito reconocidos.

País	México
Contexto Nacional	La mortalidad ha disminuido hasta en un 94 % en los últimos 110 años, aunque sigue siendo alta: 27 muertes por cada 1000 nacidos vivos y en algunas regiones muy alta: 79 en rural y 29 en urbana. En algunas zonas indígenas hasta 123 muertos por cada 1000 nacidos vivos.
Principios constitucionales vigentes	<p>La Constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículo 2. La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas.</li> <li>• Ley 21/05/2003. Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.</li> <li>• Reglamento Interior Secretaría de Salud. Artículo 25 Fracción VII. Propone el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención en correspondencia con las necesidades y características culturales de la población.</li> <li>• Fracción XVII. Dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del sistema nacional de salud.</li> </ul>
Leyes/Ámbito del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro Popular para Pueblos Indígenas, enfocado a satisfacer las necesidades de salud de los indígenas (2004).</li> <li>• Proyectos de medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud.</li> <li>• Elaboración de propuesta de política de Atención la Salud de Pueblos Indígenas.</li> <li>• Proceso de capacitación intercultural a personal en formación en escuelas de medicina y enfermería.</li> </ul>

<b>Tipo de experiencia presentada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia nacional.</li> </ul>
<b>Resumen de la experiencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidades es un programa integral que suma acciones de alimentación, salud y educación para población en pobreza extrema y se ubica en la vertiente de capacidades de la estrategia llamada Contigo.</li> <li>• El programa focaliza apoyos para las familias en condición de extrema pobreza y busca romper la transmisión intergeneracional de la pobreza.</li> <li>• Para la población indígena constituye un mecanismo de igualación de oportunidades acceso a los servicios educativos y de salud.</li> <li>• El sistema cuenta con Comités de Participación Comunitaria, un comité por cada 100 familias y formado por vocales de Educación, Salud, Nutrición.</li> <li>• Vigilancia; existen 500 mil comités en todo el país.</li> <li>• Debido a Oportunidades, por ejemplo, aumentó en 49% las consultas de nutrición para niños menores de 5 años en zonas rurales entre 1997 y 2002 y en 19% las consultas a mujeres embarazadas entre 1997 y 2002.</li> </ul>
<b>Objetivo final de la experiencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar el acceso y la calidad de la atención de salud en zonas pobres del país.</li> </ul>
<b>Factores que facilitan el proceso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focalización y direccionalidad de los recursos.</li> <li>• Diseñar incentivos y acciones basados en información sólida y en corresponsabilidad.</li> <li>• Garantizar la coordinación interinstitucional y una eficiencia operativa, con las mismas reglas para todos = misma visión.</li> <li>• Cumplimiento de corresponsabilidades.</li> <li>• Establecer una evaluación de impacto independiente desde el inicio.</li> <li>• Mantener el programa al margen de la manipulación, los asuntos políticos y de las coyunturas electorales.</li> </ul>



## • PANAMÁ

La experiencia panameña se refiere a la dotación de energía eléctrica en lugares sin este servicio, utilizando energía renovable de paneles solares. Esta iniciativa permitirá optimizar los servicios de salud, por ejemplo,

al incorporar la cadena de frío. El proyecto cuenta con un componente de capacitación en salud, que contempla el entrenamiento de profesionales, así como el fortalecimiento del trabajo con parteras empíricas y la participación social con la creación de 100 comités.

País	Panamá
Contexto Nacional	La República está dividida administrativamente en 9 provincias, 75 distritos o municipios; existen 5 comarcas indígenas y 620 corregimientos. La población es de 2.8 millones de habitantes, 10% es indígena.
Principios constitucionales vigentes/Leyes nacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley No. 16 del 19 de febrero de 1953 que crea la comarca Kuna Yala.</li> <li>• Ley No. 22 del 8 de noviembre de 1983 que crea la comarca Emberá Wounnan.</li> <li>• Ley No. 24 del 12 de enero de 1996, que crea la Comarca de Madugandí.</li> <li>• Ley 10 del 7 de marzo de 1997, que crea la comarca Ngobe-Buglé.</li> <li>• En 1999, se decreta como tercera Meta de la Agenda Social del país “establecer una política con y para los pueblos indígenas”.</li> </ul>
Leyes/Ámbito del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resuelto Ministerial del 25 de agosto de 1999, que crea la Unidad de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud (MINSa).</li> <li>• Decreto Ejecutivo No. 117 del 9 de mayo de 2003 que crea la Comisión Nacional de Medicina Tradicional Indígena y la Secretaría Técnica.</li> </ul>
Resumen de la experiencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Proyecto SOLEDUSA, se basa en la incorporación de nuevas tecnologías de electrificación, a partir de la utilización de paneles solares.</li> <li>• En el componente de salud el proyecto espera capacitar a un total de 200 profesionales de salud, entre médicos, enfermeras, auxiliares de salud, entre otros, en temas relacionados con la salud de los pueblos indígenas.</li> <li>• Promover estilos de vida saludables en las distintas comunidades beneficiarias del proyecto y prevenir enfermedades, teniendo como colaboradores a una red de 300 promotores voluntarios que serán capacitados en temas de atención primaria y en técnicas de promoción de la salud.</li> <li>• Se fortalecerá el trabajo con las parteras empíricas, estimando la capacitación de 470 personas de la comunidad que realizan estas labores.</li> <li>• Se facilitará el acercamiento con 200 médicos tradicionales capacitándolos en el uso del manual de procedimientos médicos básicos.</li> <li>• Se fortalecerá la participación social mediante la creación de 100 comités de salud.</li> </ul>
Objetivo final de la experiencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene la finalidad de mejorar las condiciones de vida de los habitantes de las comunidades indígenas y está particularmente dirigido a los sectores de Educación y Salud, de las escuelas ubicadas en la provincia de Veraguas y en la Comarca Ngöbe Buglé.</li> </ul>

• **VENEZUELA**

La experiencia se refiere al proyecto “Plan de Salud Yanomami”, entre cuyas acciones se destacan: la capacitación del recurso humano e inversiones importantes en infraestructura, equipamiento y dotación de insumos. Esto ha permitido la recuperación y expansión de los servicios de salud; el mejoramiento de la calidad en el funcionamiento del Distrito Sanitario a través de la

creación de una unidad de mantenimiento y un sistema integral de información epidemiológica; la formación de personal local de salud y de personal profesional no indígena (principalmente médicos, enfermeros, odontólogos y bioanalistas).

La experiencia incluye la creación de la Casa Intercultural de Hospedaje, donde se alojan los familiares del paciente indígena.

<b>País</b>	<b>Venezuela</b>
<b>Contexto Nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de comunidades indígenas: 1.889</li> <li>• Población en comunidades indígenas: 183.343</li> <li>• Población indígena del país: 533.691</li> </ul>
<b>Principios constitucionales vigentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El preámbulo de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela “ establece, una sociedad democrática, participativa y protagónica, multiétnica y pluricultural ”.</li> <li>• El estado reconocerá la existencia de los Pueblos y Comunidades Indígenas, su organización social política y económica sus culturas, usos y costumbres, idiomas, así como su hábitat y derecho originario sobre las tierras que ancestralmente y tradicionalmente ocupan y que son necesarios para desarrollar y garantizar sus formas de vida.</li> </ul>
<b>Leyes/Ámbito del sector salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las políticas y programas de salud valoraran la cosmovisión y las prácticas de medicina tradicional de cada pueblo y propiciarán la inclusión de estas como parte de los sistemas de salud, especialmente en aquellos estados con población indígena. Asimismo, fomentará el empleo de idiomas indígenas en la atención de salud, mediante la presencia de personal e interpretes que faciliten la comunicación. Las instituciones del Sistema Público Nacional de Salud se ajustaran a las organizaciones e instituciones tradicionales indígenas y promoverán la adecuada capacitación del personal de salud para la atención de los pueblos y comunidades indígenas.</li> <li>• Los pueblos indígenas tienen derecho al uso de sus medicinas tradicionales y sus prácticas terapéuticas como parte de los procesos de preservación y restitución de la salud. Este derecho incluye la protección de plantas, animales y minerales empleados para tales fines. Este derecho no menoscabará el derecho de estos pueblos al acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones, establecimientos, servicios y programas de salud.</li> <li>• El Estado garantizará la conservación y regulación de la medicina tradicional indígena y regulará la investigación en esta área. Se fomentará el aporte de la medicina tradicional indígena, dentro de la visión de interculturalidad, al fortalecimiento de la atención integral de salud de toda la población.</li> </ul>



<b>Tipo de experiencia presentada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacional.</li> </ul>
<b>Resumen de la experiencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se han tomado acciones en varias áreas, como en capacitación de recursos humanos en diferentes niveles, inversión en infraestructura, equipamiento, dotación de insumos médicos, etc.</li> <li>• Plan de Salud Yanomami: Recuperación y expansión de los servicios de salud para la población Yanomami.</li> <li>• Mejora de la calidad de funcionamiento del Distrito Sanitario (creación de una unidad de mantenimiento y un sistema integral de información epidemiológica).</li> <li>• Formación de personal local de salud y de personal profesional no indígena (principalmente médicos, enfermeros, odontólogos y bioanalistas). Se crea la Casa Intercultural de Hospedaje, donde se alojan los familiares del paciente indígena, y en los que igualmente se prestan servicios de salud a los acompañantes del paciente.</li> </ul>

Las experiencias son variadas y aportan de manera importante al tema que nos ocupa; es destacable, por ejemplo, la experiencia de una red compleja de prestación de servicios que llega a las comunidades indígenas en un país tan extenso territorialmente como Brasil, México o Venezuela, del que podríamos tomar la organización logística, infraestructura, equipamiento y gerencia de los servicios; impulsando decididamente la participación de la comunidad en la planificación y ejecución de los mismos, así como en la rendición de cuentas de la gestión. El Ecuador también aporta con su experiencia, donde la organización indígena participa tanto en la planificación, ejecución, financiamiento, así como en su evaluación y es la que ha dinamizado, e invitado al Estado en su representatividad nacional, local y a otros actores que trabajan en salud a accionar en forma mancomunada, para optimizar los procesos y obtener mejores resultados.

De las experiencias revisadas, el elemento más importante para lograr la incorporación adecuada del enfoque intercultural en la prestación de servicios de salud es el respeto y aceptación de la perspectiva y conocimiento de los pueblos indígenas por parte de la medicina occidental que actualmente se encuentra a cargo de profesionales que se han formado en esta última y que, por ello, tienden a mirar la medicina desde una sola óptica, la biomédica. Aunque existen avances al respecto, el límite entre la necesidad de una referencia de un paciente a manos de la medicina occidental, luego de ser tratado bajo esquemas de la medicina tradicional, posiblemente es muy ambiguo y no podrían fijarse criterios rígidos sobre el tema; más aún cuando este acercamiento es reciente y por ello todavía incipiente.

La dotación de infraestructura, equipamiento, suministros, así como la organización de sistemas de logística y transporte,

son recursos necesarios para cualquier actividad emprendida, mucho más cuando se presta servicios en salud. Especialmente si estos recursos deben ser suministrados a través de sistemas administrativos ágiles y eficientes, transparentes y permeables al escrutinio público.

Para el éxito de estos programas, se debe contar con la sostenibilidad financiera necesaria, libre del ejercicio político, y contar con sistemas de rendición de cuentas claramente establecidos.

Un denominador común presente en todas las experiencias para el potencial éxito de la integración de la visión institucional y comunitaria en la prestación de salud, es el involucramiento de la población diversa tanto en la planificación de los sistemas, en su ejecución, así como en su evaluación; la participación comunitaria integral en el proceso de prestación de un servicio es necesaria pues el beneficiario del servicio es quien mejor palpa las virtudes o defectos del mismo y puede transmitir su criterio sin prejuicios.

El compromiso de participación de los gobiernos seccionales en la prestación de servicios, dependiendo de sus recursos y capacidad operacionales otro de los factores que facilitan e impulsan iniciativas para mejorarlos, sobretodo en regiones donde la población es indígena. Debido a que es esta unidad territorial administrativa es la más cercana y perennemente tiene contacto cotidiano con los habitantes, reconociendo además que la urbanización creciente de

los asentamientos poblacionales es uno de los fenómenos más destacables en los últimos años en la Región.

La incorporación del personal indígena a los servicios de salud intercultural, la capacitación en general del recurso humano en el conocimiento y aceptación de las prácticas de medicina ancestral en el contexto de la comprensión del conocimiento indígena y la dinámica de vida de estos pueblos, son avances cuantificables del proceso, especialmente porque existe una tendencia a aplicar una capacitación de doble vía. Es decir que profesionales de la salud formados en el esquema occidental sean capacitados en medicina ancestral así como el fortalecimiento de las capacidades locales a partir de la promoción de la identidad y recursos curativos propios de los pueblos.

Actualmente en varias experiencias las parteras, curanderos, hueseros, y otros, cuentan con espacio y sobretodo aceptación y respeto. Varias prestan sus servicios en instalaciones formales de salud.

La coordinación interinstitucional, es otro de los aspectos mencionados para abordar eficientemente una prestación de salud que llegue a todos, pues hay que tener presente que la salud, en su más amplio espectro, aborda e integra acciones que administrativamente se encuentran en otros sectores, pero por ello no dejan de ser parte importante de su concepto, como es el caso del suministro eficiente de servicios tan importantes como la



dotación de agua potable, alcantarillado sanitario, letrización y manejo de los residuos sólidos; que deben garantizar un ambiente o hábitat sano y propicio para mejorar las condiciones de salud de los conglomerados humanos. Si los servicios de salud se limitan a cumplir campañas de inmunización, fumigación, y similares, propiciarán la medicina curativa antes que preventiva, y descuidarán la real situación sanitaria de los asentamientos poblacionales donde intervienen.

Entre los factores que pueden obstaculizar la implementación de sistemas de salud con carácter intercultural se señala la ingerencia política en este tipo de proyectos, el clientelismo partidista, la desconfianza o falta de credibilidad de los gobernantes y funcionarios estatales de turno, son los más señalados.

La falta de concordancia entre la territorialidad de los asentamientos indígenas, diferente a la división político-administrativa de los Estados, que son los entes a cargo de la administración de los recursos económicos gubernamentales, es otra de las dificultades descritas. Asimismo, la ausencia de políticas de estado sobre el tema, la centralización administrativa, la falta de recursos humanos para la gestión y ejecución de los servicios.

Existen, además, obstáculos que podrían originarse desde la propia población indígena, como posibles mal entendidos de las organizaciones indígenas que confunden su rol de representantes y se

consideran naturales prestadores de los servicios de salud, ocasionando escenarios de conflicto al interior o entre estas representaciones.

Las recomendaciones propuestas insisten en la importancia de la participación de los pueblos indígenas tanto desde el Ministerio de Salud en la gestión de políticas públicas, como en la co-gestión de los servicios de salud. Instan a establecer un enfoque integral de la problemática, el inicio de procesos de acreditación de practicantes de medicina tradicional, acciones multisectoriales e interinstitucionales, la construcción de un marco legal específico en los países, la definición por parte de los usuarios de los parámetros de satisfacción, ente otros.



# ELEMENTOS A CONSIDERAR EN UN SISTEMA DE LICENCIAMIENTO Y ACREDITACIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURAL





**P**ara definir un sistema de licenciamiento y certificación de servicios de salud con enfoque intercultural, debe incluir la calidad técnica del servicio y la calidad percibida desde el punto de vista del usuario; así como el equipo de salud, considerado como una unidad de individuos que persigue un mismo fin. Debe tomar en cuenta el personal indígena y no indígena que conforma el equipo de salud; considerará también las barreras geográficas, económicas y financieras que se presentan para una eficiente calidad de prestación de los servicios; la organización institucional del mismo.

El sistema de licenciamiento igualmente prestará atención tanto a los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los niveles de complejidad que busque colocar al paciente en manos seguras y eficientes, así como al diseño de sistemas de referencia y contrarreferencia entre el sistema convencional de salud y los sistemas de salud indígena.

Estos elementos concebidos en un modelo de atención certificado, potencialmente facilitará el mejoramiento del acceso y la calidad de la prestación de salud a sectores excluidos de la población.

Respecto de la calidad técnica, es importante contar con un sistema común de estándares de calidad técnica para todo el sistema sanitario, incluyendo estándares que aseguren una atención intercultural. Por otra parte, y cuando sea oportuno, se deberá elaborar estándares complementarios

de atención sanitaria tradicional indígena, consensuado, especialmente en lo relativo a la dimensión de la seguridad y efectividad.

Para mejorar la percepción de la calidad de los servicios recibidos, la organización de la atención debe estar centrada en las personas, y siempre tomar en cuenta las necesidades y expectativas del usuario, respetando incluso el derecho inicial del paciente a elegir el tipo de atención a recibir, así como a recibir la información sobre el propio proceso clínico, en un lenguaje y formato comprensible

En caso de ser necesario o requerido, y de acuerdo a la legislación vigente, la unidad de atención de salud empleará documentos de consentimiento –asegurándose que han sido entendidos por el usuario– para procedimientos de alto riesgo, para proyectos de investigación, u otros.

Los estándares de calidad establecidos, en todo caso, estarán de acuerdo a la cosmovisión de la población indígena presente.

El Equipo de salud deberá conformarse con criterio interdisciplinario; dependiendo del grado de complejidad del servicio, deben contar con la suficiente preparación y experticia para comunicarse con los indígenas de la zona, y que tengan familiaridad y respeto con las prácticas de salud tradicional.

El problema de las barreras geográficas debe ser enfrentado con la participación de los gobiernos locales y la comunidad. Esta estrategia debe incluir el presupuesto adecuado para la adquisición o renovación

de medios de transporte, mejoramiento de vías de comunicación respetando el entorno, educación a la comunidad, planificación y ejecución de simulacros de trasporte y evacuación, entre otras medidas.

La utilización de los recursos económicos disponibles, bajo esquemas de eficiencia, transparencia y rendición de cuentas ante la comunidad, permitirá mejorar la calidad del servicio y su acreditación acorde a las necesidades de la población. Al respecto, el gobierno tiene un rol trascendental cuando destina de manera suficiente, sostenida y equitativa los recursos económicos para la sostenibilidad de los servicios. Igualmente debe diseñar e implementar proyectos a mediano y largo plazo, con financiamiento asegurado, para ampliar su cobertura.

En la organización del servicio sanitario, definitivamente debe existir un sistema institucional que permita una participación real del usuario en la planificación y diseño de los servicios, mucho más cuando su área de influencia contiene asentamientos indígenas. La administración debe buscar estabilidad laboral del personal especializado en atención a población indígena y el desarrollo de sistemas de información que incorporen variables de pertenencia y pertinencia étnica.

En cuanto al diseño de sistemas de referencia y contrarreferencia entre el sistema convencional de salud y los sistemas de salud indígena, se debe permitir el trabajo conjunto y coordinado entre las dos

aproximaciones, siempre en función de una atención sanitaria de excelencia; el servicio entonces permitirá la interacción de los terapeutas indígenas con profesionales de la medicina convencional en los equipos, coordinadamente, lo que permitirá las referencias oportunas, en consenso.

Los elementos a considerar en un sistema de licenciamiento y certificación con enfoque intercultural, se resumen a continuación en esta matriz:



Categoría	Factores facilitadores	Obstáculos	Observaciones
<b>Calidad técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe contar con un sistema común de estándares de calidad técnica para todo el sistema sanitario, incluyendo estándares que aseguren una atención intercultural.</li> <li>• Cuando sea oportuno, se deberán elaborar estándares complementarios de la atención sanitaria tradicional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charlatanes.</li> <li>• Rechazo de la medicina occidental ante la medicina tradicional y viceversa.</li> <li>• Autonomía de los sistemas médicos.</li> <li>• Nivel de valoración desigual entre ambas medicinas.</li> <li>• La medicina occidental no asegura todavía estándares suficientes de seguridad y calidad, su práctica aun no es integral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe sensibilizar en la necesidad de incluir estándares de la práctica tradicional, especialmente en lo relativo a la dimensión de la seguridad.</li> <li>• Participación de la población indígena a través de los sistemas estatales de acreditación/ licenciamiento.</li> <li>• Establecer propias formas de acreditación/ licenciamiento.</li> <li>• Clarificar el concepto de calidad en uno y otro sistema ¿son similares?</li> <li>• Incluir variables de pertenencia étnica en el sistema de información nacional.</li> </ul>
<b>Calidad percibida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización de la atención debe estar centrada en el usuario, y, por lo tanto tomar en cuenta sus necesidades y expectativas.</li> <li>• Se debe conocer el tipo de población atendida por la unidad de salud.</li> <li>• Utilizar metodología de evaluación de las necesidades y expectativas. Encuestas, grupos focales, investigación cualitativa y cuantitativa.</li> <li>• Derecho por parte del usuario a elegir el tipo de atención que desea recibir.</li> <li>• Derecho a la información y a la decisión sobre el propio proceso clínico, recibiendo la información en un lenguaje y formato comprensible.</li> <li>• Utilizar documentos de consentimiento informado para procedimientos de alto riesgo, y para proyectos de investigación.</li> <li>• Derecho a ser atendidos en su idioma nativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etnocentrismo en la atención de salud.</li> <li>• Limitada apertura de los servicios de salud a la participación del usuario/ comunidad.</li> <li>• Limitada participación del usuario /comunidad en la gestión de la atención de salud.</li> <li>• Barrera cultural para explicar/entender los procedimientos clínicos.</li> <li>• Ausencia de material informativo en el idioma nativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar estándares de calidad percibida de acuerdo a la comunidad.</li> <li>• Desarrollar estándares de acuerdo a la cosmovisión indígena.</li> <li>• Elaborar material de información con la comunidad, en el formato y lenguaje que pueda entender.</li> <li>• Los documentos de consentimiento informado deben estar diseñados con la comunidad.</li> </ul>

Categoría	Factores facilitadores	Obstáculos	Observaciones
<b>Equipo de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de equipos de salud multidisciplinario en todos los niveles.</li> <li>• Transdisciplinariedad.</li> <li>• Continuidad del personal.</li> <li>• Estabilidad laboral del personal.</li> <li>• Personal con destrezas y habilidades en el manejo de los conceptos de interculturalidad.</li> <li>• Personal de salud de la zona y con conocimiento de la realidad local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temor por parte de los terapeutas indígenas a ser desplazados.</li> <li>• Personal en cantidad insuficiente.</li> <li>• Personal sin formación o limitados conocimientos para abordar la APS.</li> <li>• Recursos humanos sin afinidad por la atención comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar incentivos a los prestadores de salud que llegan a sitios remotos.</li> <li>• Hay que eliminar procesos de discriminación y aislamiento.</li> <li>• Implementar centros de telemedicina para mantener actualizado al personal de salud.</li> </ul>
<b>Personal indígena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de comunicación intercultural y de negociación.</li> <li>• Sentido de pertenencia a su comunidad.</li> <li>• Contratación de personal capacitado de acuerdo a su pueblo.</li> <li>• Aceptación de la comunidad y de los terapeutas indígenas.</li> <li>• Conocimiento de la medicina tradicional y medicina occidental.</li> <li>• Existencia de terapeutas indígenas en el equipo, con ámbito de acción y espacio de responsabilidad.</li> <li>• Capacitación permanente de los recursos sanitarios indígenas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal indígena formado en medicina occidental, que ya no vuelve a su comunidad.</li> <li>• Escaso número de personal con las características antes descritas, en función de la demanda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procesos deben evitar que el terapeuta abandone la vida comunitaria.</li> <li>• Generar compromisos para que mantenga lazos de relacionamiento con la comunidad durante y después de su formación.</li> <li>• Generar espacios para que desde un principio se incorpore a proceso sanitario de su comunidad/organización.</li> <li>• Establecer una red de profesionales indígenas de la salud.</li> </ul>
<b>Personal no indígena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de comunicación y de negociación.</li> <li>• Conocimiento de la medicina tradicional.</li> <li>• Capacitación y especialización en salud comunitaria.</li> <li>• Formación curricular adecuada con contenidos de interculturalidad.</li> <li>• Capacitación permanente del personal para la atención intercultural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de compromiso y visión comunitaria de su labor.</li> <li>• Falta de continuidad en el personal ya formado.</li> <li>• Desconocimiento de los conceptos de salud-enfermedad del sistema de salud tradicional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre medicina tradicional.</li> <li>• Sensibilización al personal de salud que se incorpora al servicio.</li> <li>• Establecer estímulos para el cumplimiento de metas.</li> </ul>



Categoría	Factores facilitadores	Obstáculos	Observaciones
<b>Barreras geográficas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de medios de comunicación y transporte adecuados a las zonas, con presupuesto específico.</li> <li>• Telemedicina.</li> <li>• Intervención de las autoridades locales para superar barreras geográficas.</li> <li>• Descentralización, desconcentración.</li> <li>• Adecuada distribución de personal de salud.</li> <li>• Alianzas con los gremios y colegios profesionales.</li> <li>• Participación comunitaria en la planificación y toma de decisiones.</li> <li>• Adecuación de los servicios a la realidad local: brigadas móviles, albergues, servicios interculturales de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las comunidades indígenas suelen habitar en zonas geográficas inaccesibles por lo que las unidades operativas no tienen capacidad resolutive.</li> <li>• Escaso trabajo extramural.</li> <li>• Limitada participación de las comunidades en la planificación.</li> <li>• Pequeñas poblaciones desconocidas para los servicios de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de las comunicaciones e infraestructuras de transporte, respetando el desarrollo sostenible de la zona.</li> <li>• Elaboración de planes estratégicos con todos los actores locales, sobre todo gobiernos seccionales.</li> <li>• Adecuar los servicios de salud a la realidad local: horarios de atención, implementación de albergues, brigadas móviles.</li> </ul>
<b>Barreras económicas y financieras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización eficiente de los recursos disponibles.</li> <li>• Esquemas de seguridad social solidarios.</li> <li>• Establecimiento de un presupuesto básico e la inversión estatal para salud.</li> <li>• Responsabilidad social de las empresas.</li> <li>• Evaluación socioeconómica de la población.</li> <li>• Presupuestos adecuados y garantizados para asegurar proyectos a largo plazo.</li> <li>• Gestión clínica y gestión basada en la evidencia.</li> <li>• Involucramiento de los gobiernos locales en el financiamiento de las actividades.</li> <li>• Participación transparente de la cooperación externa en el financiamiento.</li> <li>• Participación de la comunidad en el manejo de los recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza y vulnerabilidad de las poblaciones indígenas.</li> <li>• Distribución no equitativa de los recursos.</li> <li>• Duplicación de actividades desde organismos estatales y privados lo que se traduce en desperdicio de recursos.</li> <li>• Los recursos económicos deben ser asignados en función de varios parámetros, no solamente en función de la población.</li> <li>• Existencia de déficit.</li> <li>• El sistema de financiamiento no contempla criterios comunitarios propios, como pago por especies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según el país, priorizar la cobertura a la población más pobre y vulnerable, con criterios de equidad.</li> <li>• Ampliar al máximo (idealmente 100%) la población cubierta.</li> <li>• Establecer estrategias de sostenibilidad técnica, financiera, social y gerencial.</li> <li>• Diversificar las fuentes financieras</li> <li>• Transparentar el manejo de los recursos financieros.</li> <li>• Involucrar a la comunidad en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades.</li> <li>• Rendición de cuentas.</li> </ul>

Categoría	Factores facilitadores	Obstáculos	Observaciones
<b>Organización del servicio sanitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La humanización de los servicios.</li> <li>• La coordinación intersectorial e interinstitucional en salud, educación, política social, justicia.</li> <li>• La incorporación de programas/ procesos que han incorporado el enfoque intercultural.</li> <li>• La participación sistemática de la comunidad en la planificación, diseño y gestión.</li> <li>• La cogestión participativa y comunitaria.</li> <li>• La adecuación del servicio al patrón cultural y demandas locales.</li> <li>• Procesos de reforma del sector salud tendientes a la reorganización de los servicios de salud.</li> <li>• Validez de la propuesta de la atención primaria de salud.</li> <li>• Renovación de los principios de la atención primaria de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El limitado manejo del personal de salud de los idiomas nativos.</li> <li>• Falta de información y sin retroalimentación de los procesos.</li> <li>• Limitado desarrollo de historial clínico de amplio concepto, tomando en cuenta el marco antropológico, cultural y médico.</li> <li>• Limitada coordinación entre la academia, ministerio, servicios y comunidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar las unidades de salud según su capacidad resolutoria, y cobertura territorial.</li> <li>• Definición de una base geográfico-poblacional para atender las necesidades de salud.</li> <li>• Redistribución y contratación del talento humano y asignación de territorio.</li> <li>• Conformación de las redes y microrredes locales (sistemas locales de salud).</li> <li>• Conducción estratégica y planificación (planes estratégicos de las redes y planes operativos microrredes).</li> <li>• Permitir una participación real del usuario en la planificación y diseño de los servicios.</li> <li>• Fomentar la carrera profesional del personal especializado en atención a población indígena.</li> <li>• Desarrollar sistemas de información y monitoreo con incorporación de variables necesarias, incluida la pertenencia étnica.</li> <li>• Considerar el tema de la movilidad de los usuarios.</li> <li>• Convenios entre países para la atención de poblaciones específicas.. (nómadas, refugiados, trabajadores, migrantes, jornaleros, pueblos no contactados).</li> <li>• Coordinación entre sistemas de salud de varios países con población indígena en su territorio.</li> <li>• Alianza entre academia, ministerio, servicios y comunidades.</li> </ul>



<b>Sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de complejidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El establecimiento de la “continuidad de cuidados”.</li> <li>• La incorporación de servicios de apoyo, albergues para pacientes y familiares.</li> <li>• El establecimiento de acuerdos de gestión entre los actores locales, sobre todo gobiernos municipales.</li> <li>• El involucramiento de la comunidad en reclamar sus derechos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado seguimiento y monitoreo al sistema de referencia y contrarreferencia.</li> <li>• Ausencia de puerta de entrada para acceder al sistema.</li> <li>• Débil compromiso/ desconocimiento para aplicar el sistema de referencia contrarreferencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar los traslados de los pacientes indígenas que requieran traslados al nivel de atención que precisen.</li> <li>• Establecer una tarjeta nacional de salud, seguimiento del paciente en el sistema, a cargo del equipo local de salud.</li> <li>• Administración única regional de recursos.</li> <li>• Establecer guías/protocolos de atención a nivel local.</li> </ul>
<b>Sistema de referencia y contrarreferencia entre el sistema convencional de salud y los sistemas de salud indígena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El servicio permite la interacción de los terapeutas indígenas y de la medicina convencional en los equipos.</li> <li>• Ética en la práctica de la medicina tradicional.</li> <li>• Aceptación del diagnóstico de salud del terapeuta tradicional.</li> <li>• Referencias y contrarreferencias oportunas a nivel comunitario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de protocolos e instrumentos normativos interculturales, así como de formación académica intercultural.</li> <li>• Ausencia o limitada aplicación del sistema de referencia contrarreferencia convencional.</li> <li>• Limitado conocimiento/respeto de los saberes tradicionales.</li> <li>• Débil credibilidad de los terapeutas tradicionales en el sistema formal y viceversa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar medios de comunicación a comunidades ubicadas en zonas inaccesibles.</li> <li>• El sistema debe permitir el trabajo conjunto y coordinado entre ambas aproximaciones a la atención sanitaria.</li> </ul>
<b>Barreras culturales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios adecuados y accesibles.</li> <li>• Manejo del idioma local por parte de los trabajadores de la salud.</li> <li>• Visión holística del personal de salud.</li> <li>• Participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de actividades.</li> <li>• Responsabilidad de los dirigentes en la convocatoria y apertura para el trabajo extramural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras culturales como excusa, encubren ineffectencias.</li> <li>• Desconocimiento del idioma.</li> <li>• Desconocimiento de la interculturalidad en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe contarse con personal comprometido y responsable.</li> <li>• Sensibilización en interculturalidad</li> <li>• Manejo holístico del proceso salud enfermedad.</li> </ul>



CON-

CLU-

SIO-

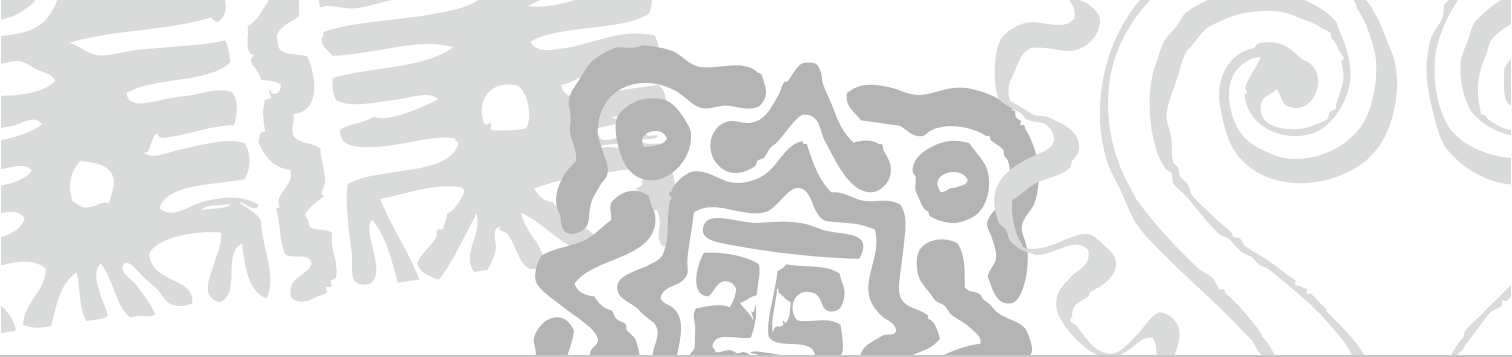
NES





**L**as conclusiones, requieren una contextualización de acuerdo a la realidad de cada país. Se ha definido las siguientes:

- Los pueblos indígenas de las Américas plantean la necesidad del reconocimiento de los conocimientos ancestrales, para que sean valorados al mismo nivel que el conocimiento occidental.
- Trasladar la teoría ya desarrollada sobre el enfoque intercultural a la práctica sanitaria real.
- Incrementar el número de profesionales sanitarios indígenas para que trabajen en la propia comunidad.
- Descentralizar la toma de decisiones a nivel subnacional y local.
- Existe resistencia por parte de algunos elementos en el Sistema de Salud.
- Existen divisiones dentro del colectivo indígena.
- Existe un problema de transculturalización en muchas comunidades, que puede reflejarse en una suerte de “vergüenza étnica”, es decir, la población indígena joven especialmente, reniegan o desconocen su origen.
- Existe gran versatilidad dentro de los sistemas de representación de los pueblos indígenas, lo que puede afectar la validez de sus líderes y su representatividad.
- Por razones de aculturación y por razones económicas, las tradiciones de los pueblos indígenas están en peligro. El desarrollo y el deterioro del medio ambiente reducen la producción de plantas medicinales y a su vez afecta a la medicina tradicional.
- Los jóvenes sufren desarticulación familiar, falta empleo en la comunidad, y no mantienen la tradición.
- División entre dirigentes comunitarios y los practicantes de la medicina tradicional.
- Rechazo, discriminación, exclusión del indígena y familiares, especialmente en el nivel hospitalario.
- Problemas políticos, identificación de las iniciativas con alguna determinada opción política que genere rechazo en parte de la población.
- Los sistemas de información no tienen en cuenta la variable de pertenencia étnica, lo que dificulta la planificación. La estadística existente no es muy fiable. Existe subregistro en temas de de morbi mortalidad.
- La cultura occidental no acepta la validez de la medicina tradicional.



# RECO- MEN- DACIONES



- Reconocer una visión holística de la salud y una integración que respete la espiritualidad.
- Que se admita la vulnerabilidad de los pueblos indígenas y sus condiciones propias de acceso.
- Que los sistemas de salud oficiales reconozcan la existencia de otros sistemas de salud, igualmente operativos y válidos, y que desarrollen mecanismos de interrelación entre ellos. Para ello se debe fomentar la promoción de la medicina tradicional como parte del conocimiento indígena.
- Definir la interculturalidad incluyendo la necesidad de incorporar la formación del personal que presta actualmente el servicio.
- Creación de grupos de trabajo en la OPS que tengan como tarea la definición de interculturalidad, de los alcances de interrelación entre los sistemas de salud y de mecanismos que los ponga en práctica. Que se añadan a ellos, expertos y organizaciones indígenas de los países.
- Que el sistema de salud oficial ofrezca mecanismos de empoderamiento y fortalecimiento de los pueblos indígenas y organizaciones de base.
- Creación de espacios de participación, con mecanismos de comunicación e información entre gobiernos y pueblos indígenas, que faciliten la toma de decisiones acerca de la salud.
- Que los estándares de calidad sean hechos con los pueblos indígenas.
- No dividir el sistema sanitario en un sistema para población indígena y otro para el resto de la población.
- Los líderes políticos deben consultar con las bases, porque las comunidades van adquiriendo poder.
- Se debe conocer muy bien las características de la población indígena con la que se va a trabajar, desde como saludar.
- Implementar en la educación intercultural bilingüe aspectos de medicina tradicional.
- Trabajar en el primer nivel de atención, con prevención de factores de riesgo específicos de la población indígena, en coordinación con otros niveles de atención que detectan determinadas patologías.
- Establecimiento de facilitadores interculturales en los hospitales. Por ejemplo, se incorpora en el sistema de registro la variable etnia, en el Hospital Universitario de Caracas. Exige un software especial.
- Desarrollar una certificación de servicio intercultural.
- Potenciar la participación de la comunidad indígena.
- Contemplar el hospedaje también en el primer nivel de atención, pero a veces no

es posible referir a hospitales, o el paciente no quiere.

- Es necesario acreditar de alguna manera a practicantes en medicina tradicional. Es posible adaptar estándares occidentales, pero es necesario crear estándares propios. Sería la propia comunidad la que reconozca la validez.
- Apoyo económico y político a estas iniciativas.
- Acuerdo ministerial para certificar a determinados agentes de salud.







# REFE- RENCIAS BIBLIO- GRÁFICAS



- Documento CD45-08, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las Metas de salud, OPS, 2004.
- Resolución CD47.R18, La Salud de la población indígena de las Américas, OPS, 2006.
- Resolución CD47.R3, Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, OPS, 2006.
- Documento CD47.13, La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, OPS, 2006.
- Documento CD47.6, Informe anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, OPS, 2006.
- Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, OPS, 2006.
- Fortalecimiento y Desarrollo de los sistemas de salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en poblaciones Multiculturales, OPS, 1997.
- Presentación en power point Dr. Jorge Proserpi, Taller “Estándares de calidad en la atención de la salud de los pueblos indígenas”, OPS, 2005.
- Presentación en power point Dra. Rocío Rojas, Taller “Estándares de calidad en la atención de la salud de los pueblos indígenas”, OPS, 2005.
- Presentación en power point Dr. Juan Fernández, Taller “Estándares de calidad en la atención de la salud de los pueblos indígenas”, OPS, 2005.
- Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, OPS, 2006.
- La garantía de calidad y acreditación en España, Suñol R.
- Presentación en power point de Licenciamiento (habilitación) de Servicios de Salud, OPS, 2005.
- Evaluación de los logros en salud en el marco de finalización del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. OPS, 2008.



# A- NE- XOS





**PROGRAMA SALUD DE LOS PUEBLOS  
INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA  
SALUD  
ATENCIÓN PRIMARIA E  
INTERCULTURALIDAD**

Calidad en la Atención de la Salud de los  
Pueblos Indígenas  
Taller de Intercambio de Experiencias.

**Auspicio:**

Programa Salud de los Pueblos Indígenas de  
las Américas, OPS.

**Idioma:**

Español.

**Fechas:**

7, 8, y 9 de noviembre, 2005.

**Lugar:**

Quito, Ecuador.

**Duración:**

3 días.

**Países participantes:**

Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala,  
México, Nicaragua, Panamá, Venezuela.

**Propósito:**

Identificar aspectos a tomar en cuenta en el  
desarrollo de un sistema de licenciamiento y  
acreditación considerando los principios de  
la atención primaria de la salud y el enfoque  
intercultural de la salud.

**Objetivos:**

• Conocer las mejores prácticas en la

atención de la salud de los pueblos indígenas  
a partir de experiencias seleccionadas.

• Analizar las características de las prácticas,  
los servicios y los proveedores en referencia a  
los estándares de calidad técnica y percibida  
en zonas con población indígena, incluyendo  
la incorporación de la medicina tradicional  
indígena y de los terapeutas indígenas.

• Identificar indicadores de evaluación  
referentes, por ejemplo, a la satisfacción de los  
usuarios, mejora del acceso, incorporación de  
las perspectivas, terapias y medicinas indígenas  
en los protocolos de atención, etc.

• Recomendar estrategias y pasos a seguir en  
el desarrollo de un sistema de licenciamiento  
y acreditación de la prestación de servicios  
salud con enfoque intercultural y de acuerdo  
a los principios de la atención primaria.

**Resultados Esperados**

• Socialización y sistematización de las  
experiencias en la prestación de servicios  
de calidad en zonas con población indígena,  
con énfasis en la incorporación de las  
perspectivas, terapias y medicinas indígenas  
en la atención primaria de salud.

• Formulación de una propuesta de contenidos  
del sistema de licenciamiento y acreditación de  
la prestación de servicios de salud con enfoque  
intercultural y de acuerdo a los principios de la  
atención primaria de salud.

• Identificación de indicadores que  
permitan la evaluación de la calidad  
técnica y desde la perspectiva del usuario

considerando las especificidades de la población indígena.

- Identificación de estrategias y plan de acción para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de la prestación de servicios con enfoque intercultural basados en los principios de la atención primaria.

### **Criterios para la selección de experiencias**

1. Experiencia de por lo menos 5 años en la prestación de servicios culturalmente apropiados en zonas con población indígena y de acuerdo a los enunciados de la atención primaria de la salud.
2. Coordinación con las organizaciones indígenas de la zona de aplicación de la experiencia. Indicar los nombres de las organizaciones y el tipo de actividades conjuntas que realiza.
3. Presencia de personal indígena. Especificar cargos que ocupan.
4. Coordinación con el Ministerio de Salud. Indicar el nivel de colaboración (nacional, local, etc). Indicar el tipo de actividades de colaboración que realiza.
5. Coordinación entre los programas de mejora de la calidad en la atención a la población indígena, y los programas generales de mejora de la calidad del sistema nacional de salud y en especial de la atención primaria.
6. Coordinación con instituciones académicas. Indicar el nombre de la institución académica y tipo de actividades de colaboración que realiza.

7. La institución postulante deberá enviar el día 26 de agosto, 2005 un resumen de 500 palabras explicando la experiencia desarrollada enfatizando en las características que tiene el trabajo que realiza para ser calificado de prestación de servicios de salud con enfoque intercultural y basada en los principios de la atención primaria.

8. El día 5 de septiembre se comunicará los resultados de la selección de experiencias. Una experiencia por país será seleccionada. Una persona por experiencia será financiada por el Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas de la OPS. Sin embargo, es bienvenida la participación de personas adicionales financiadas por la institución seleccionada o por el país.

9. La persona que representará a la experiencia hará una presentación de 20 minutos de acuerdo a la Guía adjunta.

### **Participantes:**

Ministerios de Salud  
Organizaciones indígenas  
Instituciones académicas  
Agencias de cooperación internacional  
ONG

### **Número:**

15 personas

### **Metodología:**

Conferencias de acuerdo a una guía establecida, grupos de trabajo (identificación de un moderador y un relator), sesiones plenarias (selección de moderadores y relatores).



## AGENDA

### Taller de Intercambio de Experiencias Calidad en la Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas

<b>Primer día</b>  Sesión 1 9:00 – 10:00:	Bienvenida a los participantes Ceremonia indígena Sesión inaugural INTRODUCCION Presentación de los participantes – Expectativas y preocupaciones Revisión de los objetivos del taller y de la agenda	OPS Ministerio de Salud Dirección Nacional de Salud Indígena Terapeutas indígenas Participantes
	10:00 – 10:30	RECESO
Sesión 2 10:30 – 11:30	SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS: ATENCION PRIMARIA E INTERCULTURALIDAD Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS-Ecuador Principios de la atención primaria de salud renovada Dr. Jorge Prosperí, OPS/OMS-Ecuador DISCUSIÓN/PREGUNTAS Moderación: Ecuador Comentarios: Bolivia	OPS/REPRESENTANTES INDÍGENAS Conferencia Plenaria
11:30 – 12:30	REVISION CONCEPTUAL: Dr. Juan Fernandez Martín, OPS/OMS-WDC Salud, calidad, acceso, licenciamiento, certificación DISCUSIÓN/PREGUNTAS Moderación: Guatemala Comentarios: Brasil	OPS/PARTICIPANTES
12:30 – 2:00	ALMUERZO	
2:00 – 3:00 Trabajo de grupos	REVISION CONCEPTUAL: SALUD, INTERCULTURALIDAD, CALIDAD, ACCESO, LICENCIAMIENTO, CERTIFICACION, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Desafíos de la incorporación de la visión indígena RECOMENDACIONES	Trabajo grupal Moderadores Relatores
3:00 – 3:30	RECESO	
3:30 – 4:00	Relatoría de los grupos de trabajo	Relatores
4:30 – 5:30	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS: Elementos del Sistema de Licenciamiento y Certificación e indicadores de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención Dr. Jorge Prosperí, OPS/OMS-Ecuador DISCUSIÓN/PREGUNTAS Moderación: México Comentarios: Chile	OPS/PARTICIPANTES Conferencias

<p><b>Segundo día</b></p> <p>8:30 – 9:30</p> <p>Presentación de las experiencias 20 minutos c/u</p> <p>Bolivia Brasil Colombia</p>	<p>PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS: Factores a considerar Avances y desafíos</p> <p>Recomendaciones para el desarrollo del sistema de licenciamiento y certificación, indicadores de monitoreo y evaluación de la calidad en los servicios de salud en zonas con población indígena. Moderación: Panamá</p>	<p>OPS/EXPERIENCIAS SELECCIONADAS/ PARTICIPANTES/ RELATORES Conferencias/Matrices</p>
<p>9:30 – 10:00</p>	<p>Preguntas y respuestas</p>	
<p>10:00 – 10:30</p>	<p>RECESO</p>	
<p>10:30 – 11:30</p> <p>Presentación de las experiencias 20 minutos c/u</p> <p>Chile Ecuador Guatemala</p>	<p>PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS: Factores a considerar Avances y desafíos</p> <p>Recomendaciones para el desarrollo del sistema de licenciamiento y certificación, indicadores de monitoreo y evaluación de la calidad en los servicios de salud en zonas con población indígena. Moderación: Venezuela</p>	<p>OPS/EXPERIENCIAS SELECCIONADAS/ PARTICIPANTES/ RELATORES Conferencias/Matrices</p>
<p>11:30 – 12:00</p>	<p>Preguntas y respuestas</p>	
<p>12:00 – 1:30</p>	<p>ALMUERZO</p>	
<p>1:30 – 2:30</p> <p>Presentación de las experiencias 20 minutos c/u</p> <p>México Panamá Venezuela</p>	<p>PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS: Factores a considerar Avances y desafíos</p> <p>Recomendaciones para el desarrollo del sistema de licenciamiento y certificación, indicadores de monitoreo y evaluación de la calidad en los servicios de salud en zonas con población indígena. Moderación: Colombia</p>	<p>OPS/EXPERIENCIAS SELECCIONADAS/ PARTICIPANTES/ RELATORES Conferencias/Matrices</p>
<p>2:30 – 3:00</p>	<p>Preguntas y respuestas</p>	
<p>3:00 – 3:30</p>	<p>Receso</p>	
<p>3:30 – 5:30</p>	<p>MESA SOBRE CONOCIMIENTO INDÍGENA La salud y la atención de salud sobre la perspectiva indígena Taita Franklin Columba Yachac Javier Perugachi Moderación: Ecuador</p>	<p>TERAPEUTAS INDIGENAS</p>



<p><b>Tercer día</b></p> <p>8:30 – 10:00</p> <p>Trabajo de grupos</p>	<p>ELEMENTOS A CONSIDERAR EN UN SISTEMA DE LICENCIAMIENTO Y CERTIFICACIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURAL</p> <p>Recursos Humanos/Sistemas de Salud Convencional e Indígena.          Establecimientos de salud          Indicadores de monitoreo y evaluación de la calidad          Acciones futuras</p>	<p>PARTICIPANTES</p>
<p>10:00 – 10:30</p>	<p>RECESO</p>	
<p>10:30 – 12:30</p>	<p>ELEMENTOS A CONSIDERAR EN UN SISTEMA DE LICENCIAMIENTO Y CERTIFICACIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURAL</p> <p>Recursos Humanos.          Establecimientos de salud.          Indicadores de monitoreo y evaluación de la calidad.          Acciones futuras.</p>	<p>PARTICIPANTES</p>
<p>12:30 – 2:00</p>	<p>ALMUERZO</p>	
<p>2:00 – 3:30</p>	<p>Relatoría de los grupos de trabajo</p>	<p>RELATORES</p>
<p>3:30 – 4:00</p>	<p>RECESO</p>	
<p>4:00 – 5:00</p>	<p>CONCLUSIONES Y PLAN DE ACCION</p>	<p>OPS/MINISTERIOS/          LIDERES INDIGENAS</p>
<p>5:00 – 5:30</p>	<p>CEREMONIA INDIGENA DE CLAUSURA</p>	<p>ORGANIZACIONES          INDIGENAS</p>

## GUÍA PARA LAS PRESENTACIONES

Un representante por cada una de las experiencias seleccionadas realizará una presentación de 20 minutos enfatizando en los siguientes puntos:

1. Zona de localización del proyecto.
2. % de población indígena.
3. # de pueblos indígenas (nombres).
4. 10 primeras causas de mortalidad y morbilidad en general y por edad, sexo y pertenencia étnica.
5. # de años de experiencia.
6. Factores que facilitan y factores que obstaculizan la prestación de servicios accesibles y culturalmente apropiados.
7. Abordaje de las barreras geográficas, económicas, sociales, culturales, organizacionales.
8. Indicadores de monitoreo y evaluación de la calidad técnica y de la calidad desde la perspectiva del usuario.
9. Características del equipo de salud (número de médicos, enfermeras, dentistas, sociólogos, antropólogos, indígenas y no indígenas, terapeutas indígenas).
10. Sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios.
11. Sistema de referencia y contrarreferencia entre el sistema de salud oficial/convenional y el sistema de salud indígena.
12. Actividades intersectoriales e interinstitucionales y con las organizaciones indígenas.
13. Recomendaciones para el establecimiento de un sistema de licenciamiento y certificación de los servicios de salud con enfoque intercultural y basados en los principios de la atención primaria.



CATEGORÍA	FACTORES POSITIVOS	OBSTÁCULOS	OBSERVACIONES
1. Calidad técnica			
2. Calidad percibida			
3. Equipo de salud			
4. Personal indígena			
5. Personal no indígena			
6. Barreras geográficas			

CATEGORÍA	FACTORES POSITIVOS	OBSTÁCULOS	OBSERVACIONES
7. Barreras económicas			
8. Barreras financieras			
9. Barreras organizacionales			
10. Indicadores de acceso			
11. Indicadores de calidad técnica			
12. Indicadores de calidad percibida			





CATEGORÍA	FACTORES POSITIVOS	OBSTÁCULOS	OBSERVACIONES
13. Sistema de monitoreo y evaluación de la calidad			
14. Sistema de monitoreo y evaluación del acceso			
15. Sistema de monitoreo, supervisión y evaluación del personal de salud			
16. Sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de complejidad			
17. Sistema de referencia y contrarreferencia entre el sistema convencional de salud y los sistemas de salud indígenas			

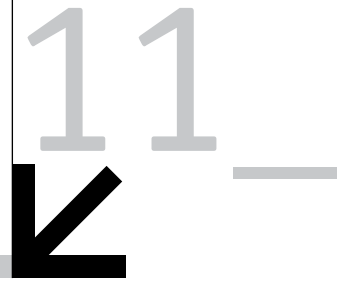


**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

**TALLER SOBRE ESTÁNDARES DE CALIDAD  
PARA EL DESARROLLO DE MODELOS DE SALUD  
INTERCULTURALES EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS**

Quito, Ecuador, 5 de junio de 2007

8:00 - 8:30	Sesión de Inauguración OPS-MSP
8:30 - 9:00	Ceremonia Indígena
9:00 - 9:15	Objetivos y Metodología de Taller <b>Dra. Rocío Rojas,</b> <b>Asesora Regional</b> <b>Salud de los Pueblos Indígenas</b> <b>OPS/OMS</b>
9:15 - 10:15	Lineamientos Estratégicos en el Desarrollo de los Modelos Interculturales en el Ecuador. <b>Dra. Lety Viteri, Directora</b> <b>Dirección de Salud de los Pueblos Indígenas</b> <b>Ministerio de Salud Pública del Ecuador</b>
10:15 - 10:30	Receso
10:30 - 11:00	Incorporación de la perspectiva indígena en el proceso de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. <b>Dra. Luz María Vega, Sistema de Salud Descentralizado, Cotacachi, Ecuador</b>
11:00 - 11:30	Desarrollo de información desagregada por pertenencia étnica. <b>Dr. Miguel Machuca, OPS/OMS</b>
11:30 - 12:00	Estándares de Calidad para la Prestación de Servicios de Salud Interculturales en Zonas con Pueblos Indígenas. <b>Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS, Ing. Rodrigo Cevallos, Consultor</b>



<b>12:00 - 12:30</b>	Sistema Intercultural Integrado de Salud <b>Dra. Luz Marina Vega, Municipio de Cotacachi</b>
<b>12:30 - 13:00</b>	Medicina tradicional Indígena y Servicios de Salud. <b>Dra. Miriam Conejo, Jambi Huasi, Otavalo</b>
<b>13:00 - 14:00</b>	<b>Almuerzo</b>
<b>14:00 - 14:30</b>	Medicinas Tradicionales, Alternativas y Complementarias en los Servicios de Salud. <b>Area # 9, MSP, Guamaní.</b>
<b>14:30 - 15:00</b>	Atención de salud intercultural en zonas remotas y de frontera. <b>Dr. Alfredo Amores, Loreto</b>
<b>15:00 - 15:30</b>	Desarrollo de recursos humanos en la interculturalidad <b>Dr. Luis Fernando Sarango, Universidad Amawtay Wasi</b>
<b>15:30 - 16:00</b>	<b>Receso</b>
<b>16:00 - 17:00</b>	Grupos de Trabajo: Revisión de la Propuesta de Licenciamiento y Certificación de Servicios de Salud Interculturales.
<b>17:00 - 17:30</b>	Presentación de los Resultados de los Grupos de Trabajo
<b>17:30 - 18:00</b>	<b>Clausura</b>

## GLOSARIO

### **Población y pueblos indígenas**

Las denominaciones utilizadas para definir a estos pueblos han variado de país a país de acuerdo a los contextos sociales e históricos, tomando en cuenta la lengua hablada, la ascendencia, la autoidentificación, la concentración geográfica, o la territorialidad (OPS, 1998).

De igual manera, al momento de nombrar a la población indígena, se han usado diferentes términos. Por ejemplo, población indígena, pueblos indígenas, pueblos originarios, pueblos autóctonos, comunidades nativas, tribus, naciones, nativos americanos como en los Estados Unidos, etnias como en Honduras, grupos étnicos, primeras naciones como en Canadá, nacionalidades como en Ecuador, sociedades como en Brasil y amerindios como en Guyana. Muchos pueblos reclaman ser nombrados por sus nombres específicos, como en el caso

de los Mayas de Guatemala, los Quechuas de Ecuador, los Tawahca de Honduras, los Kuna de Panamá. Varios se encuentran en el proceso de recuperación de sus nombres ancestrales en oposición a los términos peyorativos que fueron implantados para nombrarlos. Por ejemplo, los Tsáchilas de Ecuador antes denominados Colorados; los Ngöbe de Panamá, antes denominados Guaymíes.

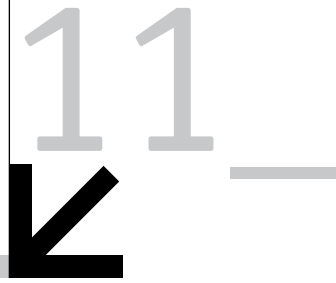
En el texto se utiliza el término pueblo. El concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un conglomerado humano en términos territoriales históricos culturales y étnicos que le dan un sentido de identidad (Stavenhagen 1992). Por su parte, el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT reconoce como indígenas "... a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización del establecimiento de

las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas".

En el presente documento se incluye las diferentes definiciones, además, considerando que existe una tendencia generalizada de ubicar a los pueblos indígenas solamente como una población rural, se puntualiza en la necesidad de reconocer los diferentes fenómenos sociales, políticos y económicos (migración, guerras civiles, obras de desarrollo, sobre-explotación de recursos naturales, olas sucesivas de colonos, incursiones militares sea por conflictos fronterizos o por represión a actividades subversivas o ilícitas) que han llevado a la población indígena a reubicarse fuera de sus territorios ancestrales.

### **Salud**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar



físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2001). Los pueblos indígenas tienen una perspectiva integral del mundo, en consecuencia definen la salud en términos de un bienestar integral que incorpora la dimensión espiritual y la consideración a los determinantes de la salud. Por ejemplo, en 1995, diferentes representantes indígenas del Ecuador, en un taller de salud, indicaron que la salud/bienestar es “la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”. Al preguntarles qué es salud a los líderes indígenas del Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS, 2000), señalaron textualmente lo siguiente: “Los indígenas nos consideramos indivisibles en cuerpo y espíritu, estamos

en equilibrio con nuestro ambiente familiar/laboral a través de nuestro pensamiento ancestral, este mismo nos ayuda a vivir en armonía con nuestros elementos vivos del universo: las plantas, los animales, la tierra, el fuego, el aire y el agua. Para nosotros esto es salud y bienestar”.

En otras palabras, la salud, al incorporar varios paradigmas de la perspectiva indígena, se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los eje de trabajos inseparables de lo que es individual (físico, mental, emocional y espiritual) y lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual). Este concepto de la salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de un individuo y de la sociedad-comunidad en condiciones de equidad y promueve la autodeterminación de los pueblos.

### **Atención Primaria de la Salud**

**E**n 1978, la Declaración de Alma Ata definió la

atención primaria como, la atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables, así como tecnología universal, accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener... forma parte integral del sistema de salud del país... y del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad... transportando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud (Renovando la Atención Primaria de la Salud en las Américas, Versión en español 5 de mayo de 2005).

### **Acceso**

**D**urante las misiones de cooperación técnica a los países desde los diferentes sectores contactados (Ministerios de Salud, Sector Académico, Organi-

zaciones Indígenas, Organizaciones no Gubernamentales, Representaciones de OPS/OMS), se ha explicitado la preocupación por los diversos y complejos factores (barreras culturales, barreras sociales, económicas, barreras geográficas) que condicionan el bajo acceso y utilización de la población urbano marginal y especialmente rural, de los servicios públicos de salud. De igual manera, han reconocido, tanto el aporte de los conocimientos, prácticas, recursos y terapias indígenas a la salud de aquellas poblaciones, como la necesidad de encontrar estrategias y espacios adecuados para fortalecerlos y generar una inter-relación recíproca, respetuosa y complementaria con los sistemas de salud oficiales.

La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos - cosmovisión - e instituciones (familia, instituciones económicas, políticas, religiosas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado.

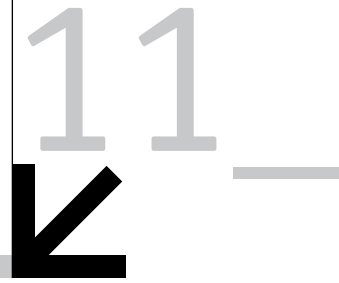
La etnia, la raza, el ámbito geográfico y el nivel socio-económico en varias combinaciones constituyen los diferentes contextos culturales.

Las **barreras culturales**, están dadas por la falta de comprensión de estos contextos culturales que en no pocos casos otorgan prestigio a diferentes culturas en detrimento de otras, determinando el lugar que cada una de las culturas tiene en las sociedades nacionales. Los servicios públicos no toman en cuenta las diferencias entre las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo, determinando **barreras organizacionales** al interior de los servicios de salud, es decir, problemas asociados con el desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud. Cada una de estas manifestaciones representa la incongruencia entre la organización y provisión de los servicios de salud y la

dinámica de las poblaciones multiculturales.

Las **barreras sociales** están determinadas por ejemplo, por el nivel de educación. En el caso de los pueblos indígenas, las tasas de analfabetismo son altas, especialmente entre las mujeres. Las **barreras económicas** constituyen las dificultades financieras que la población tiene para acceder a la atención en salud por su nivel de ingreso, costo real de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, pérdida de días laborados) especialmente en casos de emergencia. Varias comunidades, además, utilizan el trueque como medio de pago, este mecanismo, por lo general, no es aceptado en la sociedad no indígena. Las **barreras geográficas** se refieren a las dificultades que la población tiene para acceder a la atención de salud debido a la distancia, medio de transporte y aislamiento geográfico estacional.

En cuanto al **acceso**, la definición disponible se refiere en términos de acceso



geográfico. Estableciendo que la población urbana tiene acceso a los servicios públicos de salud cuando el centro más cercano se encuentra a 30 minutos y en el caso de la población rural a 1 hora. Sin embargo, creemos necesario incorporar en esta definición, los problemas relacionados con las barreras culturales y económicas que condicionan el acceso real de la población a los servicios de salud.

### Calidad

La calidad, en general, en términos operativos es definida como las “características de un bien o un servicio que logran satisfacer las **necesidades y expectativas** de un usuario o cliente”. La calidad en los servicios de salud, también en términos operativos, significa “ofrecer a quienes reciben servicios de salud la seguridad de que recibirán los mayores beneficios posibles y de que serán protegidos contra riesgos innecesarios”. En este sentido, la calidad tiene una dimensión técnica y una dimensión que depende de

la percepción del usuario/paciente. La calidad técnica tiene que ver con la seguridad, efectividad y utilidad de la atención de la salud y la calidad percibida con la aceptabilidad y calidad, es decir con el trato digno al usuario/paciente. En resumen, “hacer las cosas correctas, correctamente” (Muir Gray en Infante A. Garantía de la Calidad. Presentación en Power Point, OPS/2005).

### Sistemas de Salud Tradicionales/Indígenas

En este documento entendemos medicina “tradicional” como el abordaje de la salud donde se integran un conjunto de conocimientos y prácticas de origen indígena prehispánico en algunos casos con influencia de la medicina popular hispánica y negra – africana- que se circunscriben a una cosmovisión específica, se expresa oralmente, se aprende empíricamente, se transmite a través de la enseñanza, iniciación, herencia o revelación por seres sobrenaturales, cuya lógica va más allá de entender la salud y la enfermedad res-

tringida al funcionamiento corporal y se rige sobre un sustento mítico religioso e ideológico. Además entendemos lo tradicional en contraposición a lo moderno, representado por la medicina de base biomédica; pero comprendemos que lo que se entiende normalmente por tradicional no es un conocimiento estático ni atávico, sino dinámico y que se actualiza y sincretiza permanentemente.

Los pueblos indígenas de la Región han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo “eje conceptual” o cosmovisión que se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad. A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos de la Región, generalmente

agrupados en la denominada Medicina Tradicional, los llamaremos Sistemas de Salud Tradicionales/ Sistemas de Salud Indígenas.

La Medicina Tradicional comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades (OMS, 1977; Valdivia, 1986). Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos. Lo que quiere decir que esta medicina es circunscrita, local, colectiva, anónima y lleva en lo profundo un mensaje universal (Valdivia, 1986). De acuerdo al concepto aceptado, los sistemas locales de salud, son el complejo conjunto de procesos, que constituyen la totalidad de las acciones sociales en salud en el nivel local, incluyendo pero no restringiéndose a la prestación

de servicios de salud (OPS/OMS, 1993 Ref:33). De esta manera los sistemas de salud tradicionales son un tipo de sistemas de salud locales donde la integralidad y lo holístico son conceptos que han estado siempre presentes entre los pueblos indígenas (Yáñez del Pozo, 1996 b.).

### **Medicina popular o casera**

Entendemos a la “medicina popular o casera” como el conjunto de recursos con que cuenta la población para atender algunas necesidades de atención a su salud. Estos recursos y saberes no se circunscriben a una cosmovisión específica, sino que es un conocimiento compuesto de distintas medicinas (alópata, tradicional, etc.). Generalmente se practica dentro del hogar o como primer plano en la atención a la salud antes de acudir a buscar atención de salud.

### **Armonización de los sistemas de salud convencional e indígenas**

En este documento se ha utilizado el término ar-

monización como sinónimo de conciliación, concertación o mediación y el término incorporación como sinónimo de asociación, ingreso o acceso (Ortega Cavero, D. 1991; Word-Office, 2000). Sin embargo, se reconoce la utilización de otras palabras para significar la necesidad de una colaboración entre los sistemas de salud indígena y el sistema de salud convencional. Al respecto, es importante tomar en cuenta que varios de estos términos pueden tener significados asociados a contextos sociales e históricos, no necesariamente óptimos para los pueblos indígenas. Por ejemplo, la palabra integración, como sinónimo de asimilación, está asociada a la tendencia de los años cuarenta de poner en práctica políticas para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones indígenas, principalmente a través de un proceso de asimilación o integración a la llamada “sociedad nacional”.

Como indica Stavenhagen, la sociedad nacional dominante, reflejada en la ideología nacionalista de la





clase media urbana blanca y mestiza, rechazaba completamente los ejes de trabajo indígena de la cultura nacional, de hecho, no les veía futuro alguno, salvo un pasado idealizado cuyo núcleo privilegiado eran los museos, o los veía como instrumento para conseguir divisas del turismo y de la venta de artesanías. Las políticas indigenistas, si bien fueron bien intencionadas, de hecho resultaron ser etnocidas. En su formulación, la representatividad indígena era simbólica (Stavenhagen, 1992).

### **Cultura**

La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos - cosmovisión - e instituciones (familia, instituciones religiosas, económicas y políticas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado (Cross, Bagron, Dennis, and Isaacs, 1989; Pinderhughes, 1989). La etnia, la raza y el nivel socio-económico en varias combinaciones constituyen los dife-

rentes contextos culturales (Pinderhughes, 1989), a lo que hay que añadir el ámbito geográfico.

Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales. Estas respuestas, por supuesto, no sólo obedecen a las dinámicas internas sino en gran medida a los condicionamientos externos. En cuanto al problema específico de la enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social - y económica - y el ámbito geográfico - naturaleza - en el que se asienta cada cultura (Estrella 1977; Cáceres, 1988, Yáñez del Pozo, 1995-1996). Por ello, estas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas.

### **Cosmovisión**

La cosmovisión constituye un "eje conceptual" por sí misma. Supone un conjunto de elementos que

determinan la forma que las diferentes culturas tienden de concebir el mundo y su lugar en él. Para el caso de los pueblos indígenas, define las relaciones del individuo con los otros individuos, del individuo con la sociedad, con la naturaleza, con los seres espirituales y se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad.

Como se explica más adelante, varias de las barreras presentes en la interacción de las culturas, en este caso en el ámbito de los servicios de salud, se debe a la falta de conocimiento de estos elementos del contexto social y cultural de la población que está siendo atendida.

### **Multiculturalidad**

Pocos son los estudios que no describen a la población de las Américas como una población multicultural, es decir conformada por varias culturas. Sin embargo, este concepto descriptivo, aunque muy válido e importante, no ubica a las diferentes culturas como actores sociales en los procesos presentes

en la Región. La multiculturalidad es una realidad y la interculturalidad una acción interactiva de esas diferentes culturas.

### **Interculturalidad**

Mediante la incorporación del enfoque intercultural a la salud lo que se propone es fortalecer a las culturas no dominantes y sensibilizar a las culturas dominantes al recalcar los aspectos similares entre las culturas y promover un proceso de aprendizaje multidireccional.

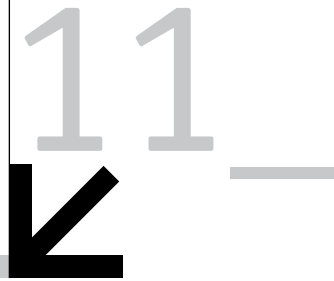
En los paradigmas interculturales el concepto de la interculturalidad se comprende como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto para las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, lingüísticas de género y generacionales existentes en una y entre varias culturas, en un espacio dado, imprescindible para establecer una sociedad justa (OPS, 1998a). Para ejercer el principio de la participación social apoyado por la reforma del sector de la salud, la aplicación del enfo-

que intercultural de la salud debe basarse en los principios de diálogo, respeto por la diversidad cultural, la democracia cultural y la participación con interacción, consulta, consenso y colaboración de objetivos (OPS, 1998a). La meta de este proceso es contribuir al acceso equitativo a la atención de salud de calidad en función del suministro de la atención oportuna, eficaz y segura (calidad técnica), y en condiciones físicas y éticas adecuadas con calidez que determinen la aceptabilidad del usuario y el trato digno en la prestación de la atención de la salud (calidad percibida) (Omram, 1997; OPS, 1998; PAHO, 1998<sup>a</sup>, OPS, 2005).

### **Análisis Sociocultural**

Desde la óptica convencional, por lo general, al describir las condiciones de vida y el estado de salud de las poblaciones excluidas, se tiende a resaltar las carencias. Si bien los indicadores demográficos, socioeconómicos, de morbilidad, de recursos, acceso y cobertura son útiles y necesarios, son homo-

genizantes y no consideran las capacidades, ni la perspectiva de las poblaciones. El Análisis Sociocultural aplicado a los pueblos indígenas parte del reconocimiento oficial y respeto a estos pueblos, toma en cuenta las particularidades sociales, económicas, culturales, demográficas y políticas de las poblaciones y se constituye un marco de referencia para la generación de estrategias, políticas, planes, programas y proyectos, en este caso tendientes a contribuir al bienestar de los pueblos indígenas, pero que podría ser aplicado a otras poblaciones excluidas. A esta reflexión conceptual que intenta presentar la correlación y el efecto acumulativo de las diferentes variables se le ha denominado Análisis Sociocultural.



## TALLER DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS SOBRE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

---

7 – 9 de noviembre, 2005

Quito, Ecuador

Lista de Participantes:

1. Dr. Guillermo Barragán, Ministerio de Salud, Ecuador.
2. Dr. José Castro, Ministerio de Salud, Ecuador.
3. Dr. Luis Felipe Codina, Punto Focal en Salud de los Pueblos Indígenas, OPS/OMS-Ecuador.
4. Sr. Franklin Columba, Fundación Taitas y Mamas Yachaks, Quito, Ecuador.
5. Dra. Miriam Conejo, Directora de Jambi Huasi, Federación Indígena y Campesina de Imbabura.
6. Dr. Washington Estrella, Ministerio de Salud, Ecuador.
7. Dr. Juan Fernández, Asesor en Calidad de Servicios de Salud, OPS/OMS.
8. Dr. Rodolfo de Jesús Guzmán García, Programa Oportunidades, México.
9. Antropólogo Edgard Magalhaes, Fundación Nacional de Salud, FUNASA, Brasil.
10. Dr. Roberto Moreno, Ministerio de Salud, Panamá.
11. Dr. Juan Naula, Director de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud, Ecuador.
12. Dr. Germán Ochoa, Ministerio de Salud, Ecuador.
13. Sr. Javier Perugachi, Yachak, Jambi Huasi.
14. Dr. Jorge Luis Proserpi, Representante de la OPS/OMS-Ecuador.
15. Dra. Rocío Rojas, Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas, OPS/OMS.
16. Dra. Luz Marina Vega, Coordinadora del Sistema de Salud Descentralizado del Municipio de Cotacachi.
17. Dr. Igor Pardo Zapata, Ministerio de Salud, Bolivia.

## TALLER ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA EL DESARROLLO DE MODELOS DE SALUD INTERCULTURALES EN ZONAS CON PUEBLOS INDÍGENAS

---

5 de junio, 2007

Quito, Ecuador

Lista de Participantes:

1. Dr. Víctor Arauz, Punto Focal Salud de los Pueblos Indígenas, OPS-Ecuador.
2. Lic. Ley Acosta, Dirección Provincial Salud de los Pueblos Indígenas, Pastaza.
3. Lic. Olga Amboya, Dirección Provincial Salud de los Pueblos Indígenas, Morona Santiago.
4. Dr. Alfredo Amores, Director Provincial de Salud de Orellana.
5. Dr. Oswaldo Añapa, Dirección Provincial Salud de los Pueblos Indígenas, Esmeraldas.
6. Dra. Cristina Beato, Directora Adjunta, OPS/OMS.
7. Dra. Judith Cadena, Area #9, Guamaní, Ministerio de Salud.
8. Ing. Rodrigo Cevallos, Consultor, OPS/OMS.
9. Dra. Mirian Conejo, Directora de Jambi Huasi, Federación Indígena y Campesina de Imbabura.
10. Lic. Pedro Cujilema, Dirección Provincial Salud de los Pueblos Indígenas, El Oro.
11. Dr. José Luis Di Fabio, Gerente del Área de Tecnología, Asistencia e Investigación en Salud, OPS/OMS.
12. Lic. Viviana Espinel, Dirección Provincial Salud de los Pueblos Indígenas, Napo.
13. Dra. Vilma Inca, Dirección Provincial Salud de los Pueblos Indígenas, Guayas.
14. Dr. Miguel Machuca, Epidemiólogo, OPS/OMS-Ecuador.
15. Sra. Rosa Pomavilla, Dirección Provincial Salud de los Pueblos Indígenas, Cañar.
16. Dr. Jorge Luis Prosperí, Representante de la OPS/OMS-Ecuador.
17. Dra. Rocío Rojas, Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas, OPS/OMS.
18. Dr. Luis Fernando Sarango, Rector de la Universidad Amawtay Wasi.
19. Dra. Luz Marina Vega, Coordinadora del Sistema de Salud Descentralizado del Municipio de Cotacachi.
20. Lic. Julia Venegas, Dirección Provincial Salud de los Pueblos Indígenas, Cotopaxi.
21. Dra. Lety Viteri, Directora de la Dirección Nacional Salud de los Pueblos Indígenas.
22. Dr. Francisco Yuquilema, Dirección Provincial Salud de los Pueblos Indígenas, Chimborazo.



Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación  
Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas  
Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud

525 23<sup>rd</sup> Street NW  
Washington, DC 20037  
[www.paho.org](http://www.paho.org)



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



Canadian International  
Development Agency

Agence canadienne de  
développement international