

## **CAPITULO I**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1.- DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

Para la realización de esta investigación se ha tomado como referencia experiencias de proyectos en ejecución como es el caso de Redes de Salud de la Provincia del Cañar, la misma que ha permitido un mejoramiento en la atención de la salud pública, ya que los Sub-centros de varias parroquias rurales de este plan piloto han ocasionado la infraestructura básica para atender las 24 horas tomando en cuenta necesidades de los usuarios, previendo medicación y mantenido una comunicación con el nivel de salud superior, permitiendo así optimizar el recurso humano y dar un seguimiento al tratamiento del presente fundamento que enriquecerá el trabajo investigativo.

Así también de ejemplo proyectos que se encuentran en actual ejecución en Bolivia específicamente sobre el traspaso y seguimiento del tratamiento a pacientes sin que las unidades de salud de los diferentes niveles trabajen en forma aislada, la actual organización de la red ha permitido disminuir la “competencia” entre el primer y el segundo nivel de atención y desarrollar un enfoque de “complementariedad” con niveles de integración crecientes

## **1.2.- EL PROBLEMA**

De qué manera una red de salud comunitaria de referencia y contra referencia con enfoque intercultural mejoraría la actual atención de salud en la comunidad de Ilumán.

## **1.3.- FORMULACION DEL PROBLEMA**

Otavaló al ser una ciudad intercultural del país donde su población total es 84.000 habitantes aproximadamente según el último censo del INEC y al tener un gran porcentaje de población indígena, perteneciente al pueblo kwichua Otavaló, se hace necesario la implementación estratégica de una red de salud comunitaria en la que se integre la medicina tradicional indígena a la medicina científica.

El grupo objetivo, motivo de investigación está ubicado en la parroquia rural de Ilumán del cantón Otavaló, ubicada al Norte de la Urbe, específicamente en el Sub-centro de la localidad, dando cumplimiento de esta manera a los principios básicos de la salud tales como implementación de Redes de salud comunitaria, referencia y contra referencia; tomando en cuenta las directrices establecidas por el Gobierno Central a través del MSP mismas que especificamos a continuación:

El modelo intercultural de salud es una relación de competencia entre dos perspectivas culturales: la del subsistema formal de salud y la del subsistema de medicina tradicional indígena. Se caracteriza por mantener criterios de independencia, además el proceso de adecuación cultural de los servicios de salud que entre otros procedimientos, hace énfasis al parto vertical, sanaciones espirituales, etc. debe y tiene que generar una buena red de referencia y contra referencia. La red es una instancia técnica que formulara estrategias y propuestas que permiten fortalecer el modelo de atención en salud intercultural de acuerdo a la realidad local de cada nacionalidad y pueblo del País.

#### **1.4.- JUSTIFICACION**

Los sectores vulnerables tanto indígena y no indígena de Otavalo durante muchos años e han visto afectados en la atención de Salud por diferentes factores como: interferencia lingüística, ubicación geográfica, desconocimiento de sus derechos, bajo nivel económico, falta de socialización de los medios de comunicación, discriminación racial y de condiciones interno administrativas propias del sistema

Se hace imprescindible desconcentrar administrativamente el servicio en la cabecera parroquial reconociendo los derechos de la aplicación de la medicina ancestral integrada al Sistema de Salud Occidental, creando los espacios físicos adecuados y capacitación del recurso humano con el apoyo de un interlocutor bilingüe para facilitar la comunicación entre los profesionales y pacientes para la práctica de la medicina alternativa.

Por la facilidad de acceder a la información e insumos que sirva como fundamentación teórica suficiente tanto en el área de salud N°4, Dirección Provincial de Salud, Internet; como también la Ubicación Geográfica Estratégica de fácil acceso.

La proyección filosófica y real del apoyo que está brindando el Gobierno Central para cubrir la atención a todos los sectores de la sociedad y enriquecer la convivencia intercultural en base a la cosmovisión andina, dando cumplimiento al artículo de la Constitución vigente en lo que respecta al Sumak Kawsay (El buen vivir).

## **1.5.- OBJETIVOS:**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

- Elaborar una propuesta para la implementación de un modelo de red de salud comunitaria de referencia y contra referencia con enfoque intercultural en el área de salud N°4 Otavalo-Sub-Centro de Salud de Ilumán en el periodo de Enero a Agosto del 2011.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Diagnosticar las características actuales de la red de salud comunitaria del referencia y contra referencia con enfoque intercultural en el área de salud N°4 Otavalo-Sub-Centro de Salud de Ilumán en el periodo de Enero a Agosto del 2010.
- Definir las bases teórico - metodológicas para un modelo de red de salud comunitaria de referencia y contra referencia con enfoque intercultural.
- Diseñar una propuesta de un modelo de red de salud comunitaria de referencia y contra referencia con enfoque intercultural
- Socializar la propuesta

## **1.6. MARCO CONCEPTUAL**

### **GLOSARIO**

#### **INTERCULTURALIDAD**

El modelo intercultural pretende superar los modelos de la construcción de la convivencia en la diversidad<sup>1</sup>. Para eso, parte del concepto de cultura, de que ninguna cultura es estática ni homogénea, de que la diversidad existe dentro de propia cultura y que los conflictos pueden ser un buen motor para el cambio. Se plantea por tanto encontrar valores comunes que hagan posible la convivencia y para eso es necesario: trabajar contra la discriminación y exclusión; hacer hincapié en las relaciones entre culturas a través de sus individuos; construir la convivencia a través de la interacción, el intercambio y la cooperación, y aceptar y comprender que los conflictos es parte de la convivencia por lo que hay que establecer los mecanismos necesarios para su regulación de forma creativa<sup>2</sup>.

#### **CULTURA**

##### **LAS RELACIONES INTERCULTURALES**

Los hechos demuestran que una sociedad no puede dejar de ser multicultural o pluricultural, pero sí puede limitar la participación de determinados grupos o pueblos en la construcción dinámica de la cultura y de lo social. Aquí podemos diferenciar otros dos conceptos relacionados con esta temática, la definición de lo multicultural como la mera presencia de diversas culturas o características culturales, en este sentido, toda sociedad lo es más allá de la presencia o no de inmigrantes; y la definición del concepto de interculturalidad como la interacción y participación de las personas de distintas culturas o características culturales en los mismos procesos de construcción cultural y social.

---

<sup>1</sup> Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J.

<sup>2</sup> La interculturalidad en el sistema de salud

**MEDICINA TRADICIONAL:** Son los conocimientos que usan en la comunidad para curar las diferentes enfermedades siendo respaldadas en las experiencias compartidas a través del tiempo<sup>3</sup>.

**MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA:** es el conjunto de diversos conocimientos ancestrales, sustentado en cosmogonías y cosmovisiones propias de las distintas nacionalidades y pueblos, organizados en sistemas de diagnóstico y tratamiento, en espacios de recuperación. Sus preparados y técnicas de curación, incluidas las ceremonias rituales, no causan daño, estimulan y aceleran reacciones bioquímicas y bioenergéticas del organismo, con lo cual se alcanza el equilibrio físico, mental y espiritual<sup>4</sup>.

**MEDICINA ACADEMICA:** Se le denomina a los conocimientos y prácticas que se han adquirido a través de la formación académica y/o Universitaria, como resultados de investigaciones.

**PROMOCION DE LA SALUD:** Es juntar los esfuerzos de la comunidad, agentes de la medicina tradicional, promotores y personal de salud para mejorar la salud y el bienestar de las personas que viven en nuestra comunidad.

**SALUD:** Depende de la particular cosmovisión y cultura de cada nacionalidad o pueblo. Sin embargo, resulta posible destacar en común, las siguientes líneas generales vinculadas a este concepto: la plenitud y armonía de la vida del ser

---

<sup>3</sup> Lacaza D. Medicina tradicional

<sup>4</sup> Médicos sin fronteras

humano consigo mismo, con otro ser humano (familia, comunidad, pueblo), con la naturaleza, y con el principio genésico o creador.

**SISTEMAS DE MEDICINAS TRADICIONALES DE LAS NACIONALIDADES Y PUEBLOS INDÍGENAS:** varios conjuntos de conocimientos, tecnologías y recursos humanos propios, fundamentados en la sabiduría ancestral y colectiva, organizados en torno a particulares cosmovisiones del mundo y legitimados por sus propios pueblos y nacionalidades. Sus prácticas diagnósticas, de tratamiento de las enfermedades, de promoción, prevención y recuperación de la salud, se desenvuelven en un marco de interrelación de elementos naturales, éticos, espirituales y cósmicos, en un tiempo y espacio sacralizados<sup>5</sup>.

**IDIOMA:** Lengua de un pueblo o nación

**LENGUAJE:** Es un conjunto de signos estructurados que dan a entender unas cosas, también lo utilizamos como vehículo para la comunicación de las ideas.

**LENGUA:** Manera en que un grupo o sociedad utiliza el lenguaje verbal acorde a su región, forma de vivir y comportarse, es el modo de decir o nombrar las cosas.

### **COSTUMBRES, USO Y PRÁCTICAS MÉDICAS ANCESTRALES**

Las cosmovisiones, conocimientos y prácticas, los recursos diagnósticos, terapéuticos y de sanación de las medicinas tradicionales indígenas, forman verdaderos sistemas de salud. Estas medicinas no formales, recreadas y reproducidas cotidianamente, han generado prácticas holísticas en las cuales sus

---

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud

especialistas han impreso su propia visión del mundo, su propia identidad y explican la enfermedad, al tiempo que la tratan en su relación con las condicionantes temporales, con el medio natural, social y cultural.

Para lograr los objetivos de la red de Salud Intercultural se ha expedido la “LEY DE LAS MEDICINAS TRADICIONALES DE LAS NACIONALIDADES Y PUEBLOS INDÍGENAS DEL ECUADOR” que entre sus contenidos expresa las siguientes<sup>6</sup>:

**Sistemas de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas:** varios conjuntos de conocimientos, tecnologías y recursos humanos propios, fundamentados en la sabiduría ancestral y colectiva, organizados en torno a particulares cosmovisiones del mundo y legitimados por sus propios pueblos y nacionalidades. Sus prácticas diagnósticas, de tratamiento de las enfermedades, de promoción, prevención y recuperación de la salud, se desenvuelven en un marco de interrelación de elementos naturales, éticos, espirituales y cósmicos, en un tiempo y espacio sacralizados.

**Salud:** Depende de la particular cosmovisión y cultura de cada nacionalidad o pueblo. Sin embargo, resulta posible destacar en común, las siguientes líneas generales vinculadas a este concepto: la plenitud y armonía de la vida del ser humano consigo mismo, con otro ser humano (familia, comunidad, pueblo), con la naturaleza, y con el principio genésico o creador.

**Enfermedad:** De igual manera, y relacionado con lo anterior: es la alteración de la plenitud y armonía de la vida del ser humano consigo mismo, con otro ser

---

<sup>6</sup> Ministerio de Salud Pública, Proyecto de ley



humano (familia, comunidad, pueblo), con la naturaleza, y con el principio genésico o creador.

**Medicina Tradicional Indígena:** es el conjunto de diversos conocimientos ancestrales, sustentado en cosmogonías y cosmovisiones propias de las distintas nacionalidades y pueblos, organizados en sistemas de diagnóstico y tratamiento, en espacios de recuperación. Sus preparados y técnicas de curación, incluidas las ceremonias rituales, no causan daño, estimulan y aceleran reacciones bioquímicas y bioenergéticas del organismo, con lo cual se alcanza el equilibrio físico, mental y espiritual<sup>7</sup>.

**Integralidad.-** Los sistemas de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas abarcan no sólo al individuo, sino a la familia, la comunidad, los pueblos y nacionalidades; incluyen los aspectos físicos, intelectuales, espirituales, morales, sociales y ecológicos; su consideración y tratamiento, incluye todos estos aspectos de manera holística, es decir, integral.

**Interculturalidad.-** Los sistemas de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas promueven la relación horizontal y un diálogo de saberes en el marco del mutuo respeto e igualdad entre los diversos conocimientos y prácticas existentes. Este principio fomenta el enriquecimiento y desarrollo de los sistemas y saberes, orientándolos al logro de la plenitud y armonía de la vida de los pueblos y nacionalidades indígenas, así como de los otros grupos étnicos asentados en el país<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Médicos sin fronteras

<sup>8</sup> Alarcón AM; Vidal A, Neira Rozas J. Salud Intercultural

**Comunitario.-** En los sistemas de medicinas tradicionales, la responsabilidad compete a todos los miembros de la comunidad y no es exclusivo de sus hombres y mujeres de sabiduría, puesto que sus conocimientos provienen de la práctica milenaria de las nacionalidades y pueblos indígenas.

**Respeto, armonía y equilibrio con la madre naturaleza, con otros pueblos y con el principio genésico o creador.-** Los sistemas de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas promueven el mantenimiento del equilibrio del hombre con la madre naturaleza, con otros pueblos, con el principio genésico o creador. Su irrespeto provoca el apareamiento de enfermedades corporales, mentales y espirituales, así como aquellas que identifican los trastornos sociales y medioambientales.

**Universal.-** Los sistemas de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas responden a una visión integral del ser humano y de los grupos sociales existentes en el país. Al mismo tiempo, se encuentran al alcance de todos quienes los necesiten.

**La referencia.-** es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud<sup>9</sup>.

**La contra-referencia.-** es la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a

---

<sup>9</sup> Ministerio de salud pública – Proyecto MODERSA

seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Ministerio de salud pública – Proyecto MODERSA

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEORICO**

#### **2.1.- MARCO REFERENCIAL**

##### **2.1.1.- AMBITO DE SALUD EN LA CONSTITUCION PÒLITICA DEL ECUADOR**

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, a promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad<sup>11</sup>.

**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

---

<sup>11</sup> La constitución Asamblea 2008

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios<sup>12</sup>.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

---

<sup>12</sup> La constitución asamblea 2008

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

8. Promover el desarrollo integral del personal de salud<sup>13</sup>.

### **2.1.2.- LEY ORGANICA DE SALUD DICE: DE LOS SERVICIOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD**

#### **SISTEMA DE SALUD EN ECUADOR**

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, contempla el diseño de un Plan Integral de Salud cuyo conjunto de acciones y prestaciones de salud se lleve adelante a través de la red de proveedores, mediante la coordinación concertada de acciones de las entidades integrantes del Sistema, dentro de una estrategia de protección social basada en el derecho universal a la salud<sup>14</sup>.

El denominado “Conjunto Garantizado de Prestaciones” definido contiene:

A. Un grupo de prestaciones individuales (personales) de prevención, detección, diagnóstico, recuperación (curación) y rehabilitación de la salud, lo cual incluye la provisión de servicios, medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema, para resolver problemas de salud de la población conforme el perfil epidemiológico nacional, regional y local;

B. Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social.

---

<sup>13</sup> La constitución asamblea 2008

<sup>14</sup> Consejo Nacional de salud

C. Acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vidas saludables, individuales y colectivas, las cuales son de orden intersectorial<sup>15</sup>.

Los grupos de edad delimitados para las atenciones ambulatorias son los siguientes:

Niños menores de 5 años

Niños de 5 a 9 años

Adolescentes de 10 a 19 años

Mujeres en edad fértil (10-49 años)

Adultos 20 a 39 años

Adultos 40 a 64 años, y

Adulto mayor: más de 65 años

En relación a ello se plantea tres aspectos dentro de las prestaciones a considerar en el proceso:

Priorización de las atenciones maternas e infantiles.

Personal de salud capacitado.

Tipos de atenciones, insumos y equipos incorporados en los establecimientos, relacionados con la medicina tradicional.

Recordemos que nuestra oferta de servicios brinda atenciones diferenciadas de conformidad a procesos de promoción y prevención de la salud, o de curación y rehabilitación en consulta externa, emergencia u hospitalización. Parte de estas prestaciones ya han sido ampliamente relacionadas con la medicina tradicional,

---

<sup>15</sup> Consejo Nacional de salud

incorporando diversos aspectos en la atención, muchos de ellos vinculados con los aspectos de la oferta que describimos en esta Guía<sup>16</sup>.

Las prestaciones de promoción y prevención son las que mejor se prestan a la “adecuación cultural”, pues ellas no podrían desenvolverse de manera positiva sin contar, con los conocimientos de las percepciones, de los hábitos y costumbres de las comunidades en torno a los procesos de salud enfermedad. Igual con las prestaciones de curación y rehabilitación, sobre todo en los procedimientos que interrelacionan médico y paciente y en donde, asimismo, relaciones de respeto, de afecto, la consideración de circunstancias particulares, la comprensión de los saberes culturales por parte de quienes ofertan servicios, provee de un valor sustancial al acto terapéutico y su resolución.

De igual modo, una relación apropiada con las diversas categorías de sanadores de las medicinas tradicionales, aportaría un peso inestimable al conjunto de prestaciones, pues no sólo se trataría del conocimiento y aplicación de otras terapias, sino de las posibilidades de referencia y contra referencia de usuarios, su complementariedad y contribución a la cura y promoción de la salud<sup>17</sup>.

También resulta menester en los servicios reconocer y contar con el personal de salud básico, que conoce el idioma nativo y mantiene una adecuada comunicación con la población local. Su aporte, de igual modo, en gran medida resultará útil a los objetivos considerados<sup>18</sup>.

En suma, las atenciones que convendría privilegiar serían las siguientes:

Controles prenatales, exámenes de laboratorio, atenciones obstétricas en general, atenciones a la gestante.

---

<sup>16</sup> Consejo nacional de salud

<sup>17</sup> Ministerio de salud Pública

<sup>18</sup> Dirección Nacional de salud



Atenciones a niños: inmunizaciones, infecciones respiratorias, diarreicas, salud infantil, etc.

Con este punto de inicio incluiremos en nuestra estrategia las siguientes prestaciones:

Campañas preventivo – promocionales (cuidados del embarazo, parto, de EDA, IRA, con enfoque intercultural).

Del servicio ambulatorio o consulta externa en general: Esta atención la realizan médicos generales, obstetrices, enfermeras y técnicos. Debe incluirse participaciones compartidas con los agentes comunitarios de la medicina tradicional o alternativa.

Servicio de atención de parto vertical (tradicional); uso de casas de espera.

Tratamientos con plantas medicinales y uso de tecnologías propias del saber ancestral<sup>19</sup>.

### **2.1.3.- ADAPTACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Sobre el sustrato de las formas y contenidos de la atención que posee el sistema formal de salud, deberemos ir incorporando a nuestro modelo el conjunto de atenciones basadas en las medicinas tradicionales y alternativas, que se practican en la territorialidad de pueblos indígenas o afro ecuatorianos (recordar que debemos partir de experiencias reconocidas y de probada eficacia), de manera que se incluyan como parte de dichas prestaciones, sean aceptadas por la población, y se registren en los respectivos instrumentos diseñados para tales efectos.

---

<sup>19</sup> Ministerio de salud publica

Las experiencias de prestaciones culturalmente adaptadas, se han producido, sobre todo, a nivel de niños y gestantes, alrededor de la oferta de las medicinas tradicionales en comunidades indígenas. Si bien nuestro sistema de salud prioriza a grupos poblacionales de zonas rurales con mayor pobreza, precisamente allí es en donde mayor carencia existe de servicios y prestaciones. Por lo mismo, los procesos de adecuación cultural cobran mayor importancia en dichos territorios, y el escenario de oportunidad resulta altamente propicio para el relacionamiento con los cultores de la medicina tradicional.

Es necesario mencionar, de otro lado, que si bien el Sistema Nacional de Salud, no ha determinado aun la incorporación al conjunto de prestaciones de aquellas provenientes de las medicinas tradicionales o alternativas, ha de ser necesario ir creando las condiciones para que aquello ocurra en el menor tiempo posible.

Se debe avanzar, por lo mismo, en la protocolización de las prestaciones de las medicinas tradicionales, así como en su costeo, todo lo cual llevará la marca, de igual modo, de lo intercultural o de su pertinencia cultural, pues se ha de comprender que tales procedimientos de ninguna manera se los podría realizar bajo el modelo o paradigma de la medicina científica u occidental.

#### **2.1.4.- DE LAS MEDICINAS TRADICIONALES Y ALTERNATIVAS**

##### **TÍTULO ÚNICO**

##### **CAPÍTULO II**

**Art. 189.-** Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención

de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza-aprendizaje<sup>20</sup>.

**Art. 190.-** La Autoridad Sanitaria Nacional proveerá e impulsará el intercambio de conocimientos entre los distintos agentes de las medicinas tradicionales, fomentará procesos de investigación de sus recursos diagnósticos y terapéuticos en el marco de los principios establecidos en esta Ley, protegiendo los derechos colectivos de los pueblos indígenas y negros o afroecuatorianos<sup>21</sup>.

**Art. 191.-** La Autoridad Sanitaria Nacional implementará procesos de regulación y control, para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas<sup>22</sup>.

**Art. 192.-** Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas alternativas en el marco de la atención integral de salud.

Las medicinas alternativas deben ser ejercidas por profesionales de la salud con títulos reconocidos y certificados por el CONESUP y registradas ante la Autoridad Sanitaria Nacional.

Las terapias alternativas requieren para su ejercicio, el permiso emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> Ley Orgánica de salud

<sup>21</sup> Ley Orgánica de salud

<sup>22</sup> Ley Orgánica de salud

<sup>23</sup> Ley orgánica de salud

## **2.2.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL AREA DE ESTUDIO**

### **2.2.1.- ESPECIFICACIONES GENERALES**

País: Ecuador

Provincia: Imbabura

Cantón: Otavalo

### **2.2.2.-UBICACIÓN GEOGRAFICA Y POBLACION**

#### **UBICACIÓN**

El Cantón Otavalo se encuentra ubicado al norte del Ecuador y al sur oriente de la provincia de Imbabura a 110 Km. de la ciudad de Quito.

### **2.2.3.- LÍMITES**

**Norte:** Limita con los cantones de Cotacachi, Ibarra y Antonio Ante

**Este:** Cantón Ibarra y Cantón Cayambe (Provincia de Pichincha)

**Sur:** Cantón Quito (Provincia de Pichincha)

**Oeste:** Cantón Quito y Cantón Cotacachi

**Superficie:** 528 Km<sup>2</sup>

### **2.2.4.- DESCRIPCIÓN DE OTAVALO**

#### **LA CIUDAD**

La ciudad de Otavalo capital del cantón está situada a 2.556 m. de altitud, a 0° 14' de latitud norte, 73° 16' longitud Greenwich y 0° 14' 30" este, según el meridiano de Quito.

Está conformada por dos parroquias urbanas: San Luis y El Jordán y nueve parroquias rurales: San Pablo del Lago, San Rafael, Eugenio Espejo, González Suárez, **San Juan de Ilumán**, San José de Quichinche, Selva Alegre, Miguel

Egas Cabezas (Peguche) y San Pedro de Pataquí. Su población actual totales de 90.188 habitantes. (inec)

Está compuesta por dos grupos culturales: blanco mestizos e indios. Los idiomas oficiales son el castellano y el kichwa. Existe en Otavalo absoluta libertad de cultos, pero la religión católica es la predominante.

El fácil acceso vial que tienen las parroquias con la cabecera cantonal permite una comunicación rápida, creando relaciones socio-económicas de la población y las actividades manufacturera e industrial, además del impulso a ferias semanales las cuales son un potencial económico importante.

Otavalo, es el centro alrededor del cual se activa la economía regional y; a su vez, a donde confluyen las parroquias con su producción, funcionando en reciprocidad con todo su entorno cantonal, sin que se haya producido hasta hoy un antagonismo crítico entre la relación ciudad - campo, aunque el desarrollo de ésta haya ocupado para usos urbanísticos, suelos tradicionalmente dedicados a la Vista panorámica de Otavalo Escalinatas (Barrio el Empedrado) Sector Sur de Otavalo agricultura. Es así como la Ciudad mantiene una cierta autonomía en relación con sus áreas de influencia, siendo a la vez punto de contacto con todas las parroquias del Cantón.

## **ACTIVIDADES ECONÓMICAS**

Los grupos kichwa de ésta zona tienen como principal actividad productiva la agricultura dirigida al mercado urbano, de acuerdo a las condiciones ecológicas de cada área; aquellos que están ubicados en las partes altas, próximos a los páramos cultivan principalmente tubérculos y poseen rebaños de ovejas; los de los valles cultivan sobre todo maíz. Hay que destacar las tierras más productivas de los

valles han sido ocupadas por haciendas lecheras y por agroindustrias de exportación.

El caso del grupo Otavalo es particular dentro de los que habitan la zona. A partir de una economía mixta agrícola y artesanal, éstos indígenas han logrado diversificar aún más las fuentes de su ingreso económico. La producción textil tiene un destacado lugar en el mercado nacional e internacional, que ha favorecido la consolidación de una economía con excedentes, incluso para convertir a algunas familias en propietarias de empresas y de espacios urbanos, dentro de la ciudad mestiza de Otavalo.

Este proceso de modernización no ha resultado ser obstáculo para la supervivencia de su ritualidad tradicional, la cual se mantiene muy ligada a las actividades agrícolas.

## **ALTITUD Y CLIMA**

El cantón Otavalo tiene diferencias altitudinales representativas que oscilan desde los 1.100 m.s.n.m. en la zona de Selva Alegre hasta los 4.700 m.s.n.m. en el Cerro Imbabura. Posee un clima templado seco, con una temperatura media de 12° C. en las zonas altas y 18° C. en las zonas bajas.

Los componentes naturales que se presentan en éste clima son: suelo con arcillas rojas, marrones, rocas y pedregales. Una precipitación media anual entre 500 y 1000 milímetros. Vegetación, árboles y matorrales.

Humedad relativa entre 10 a 50 %. Dos estaciones, una fría y seca y otra lluviosa, cielos despejados, nubes altas y neblinas. Vientos variables, diurnos de valle y montaña.

## PISOS CLIMATICOS

**Frío** 3.800 - 4.700 m.s.n.m.

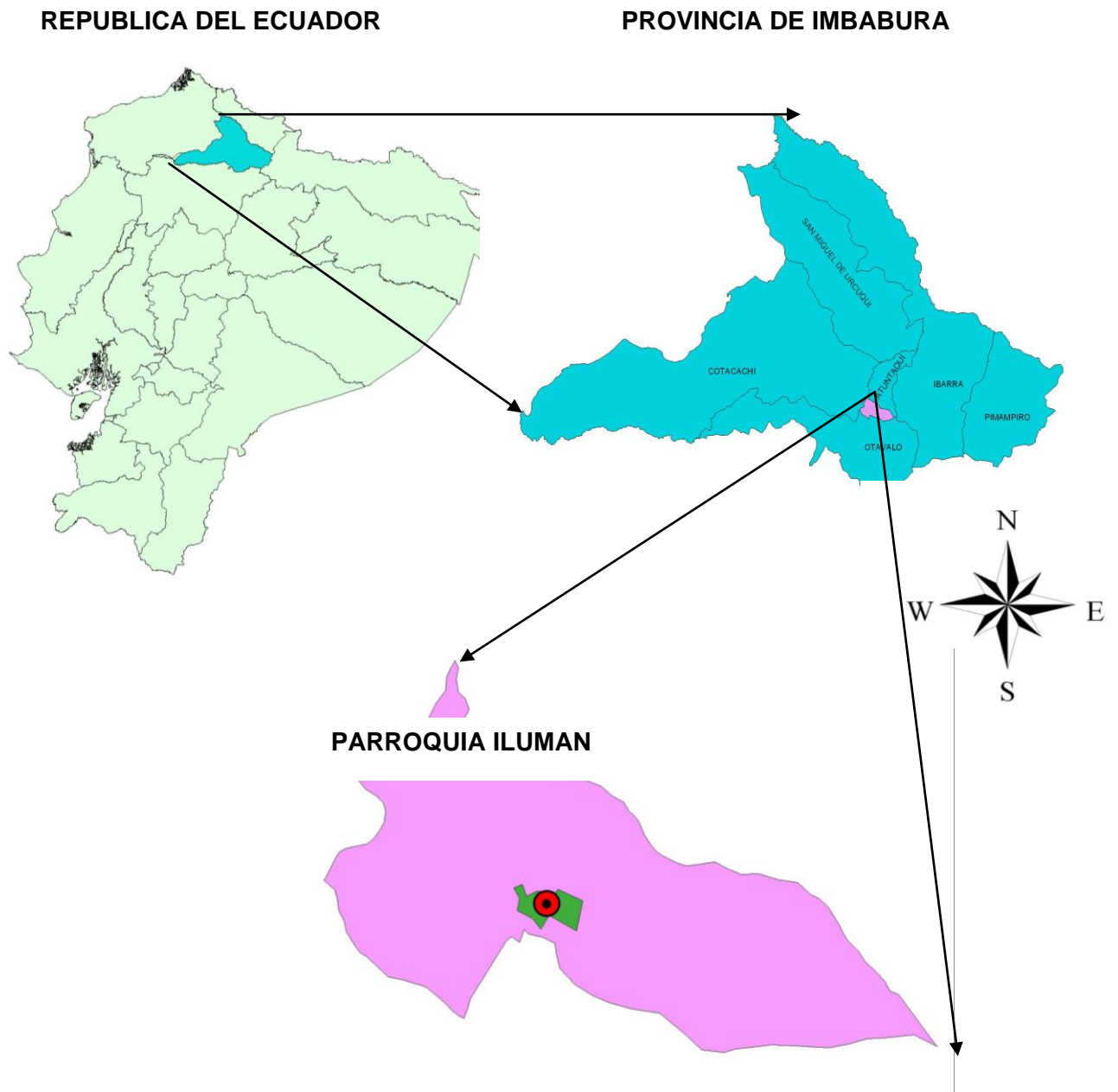
**Sub Templado** 3.200 - 3.800 m.s.n.m.

**Templado** 2.000 - 3.200 m.s.n.m.

**Sub Cálido** 300 - 2.000 m.s.n.m.

Es importante destacar la presencia de los lagos que adornan el bello paisaje Otavaleño, conformados por el Lago San Pablo y entorno, así como también las Lagunas de Mojanda que constituyen factor fundamental que caracterizan el potencial turístico de la región.

### 2.3.- MAPA DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA LA PARROQUIA ILUMAN



### 2.3.1.- ILUMAN

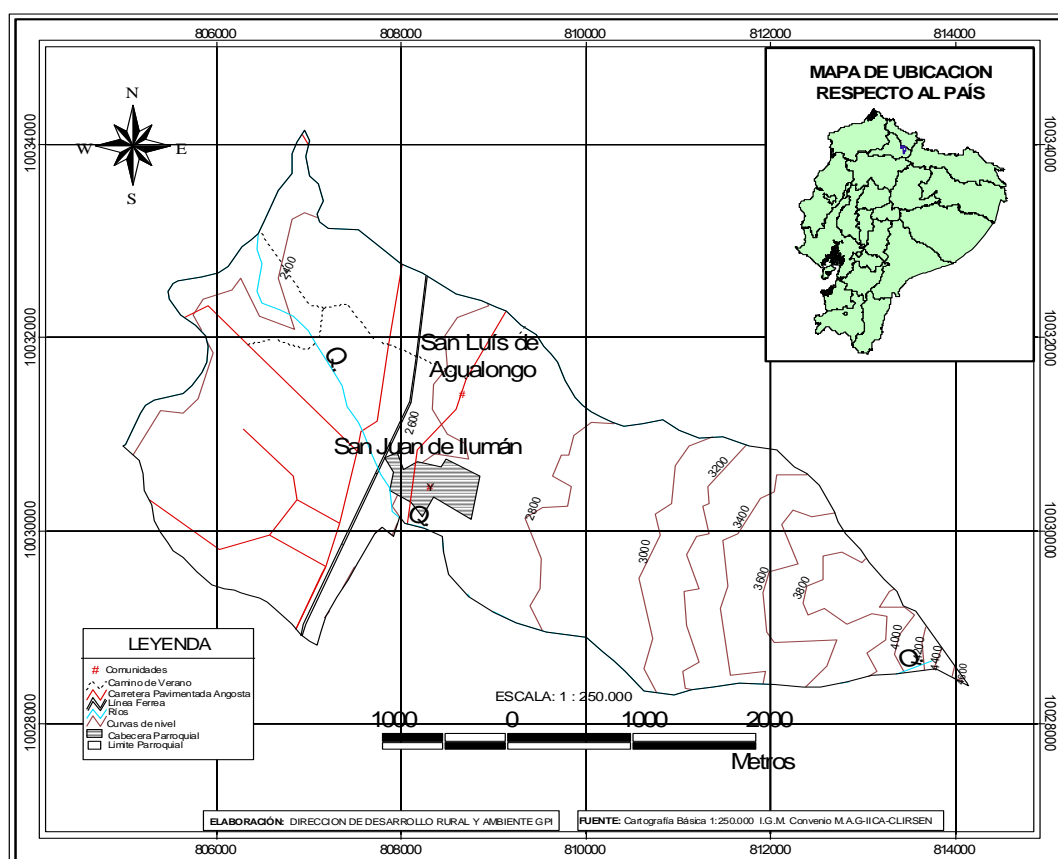
#### Ubicación:

De acuerdo al sexto Censo de Población de Noviembre del 2.001, la Parroquia de San Juan de Ilumán cuenta con: 7.225 habitantes.

San Juan de Ilumán, parroquia rural perteneciente al cantón Otavalo de la provincia de Imbabura, ubicada a 24,10 Km. de la capital provincial.

La cabecera parroquial consta con las coordenadas geográficas: 030.414 de latitud norte y a 808.344 de longitud este.

### MAPA BASE DE LA PARROQUIA SAN JUAN DE ILUMÁN





## LÍMITES

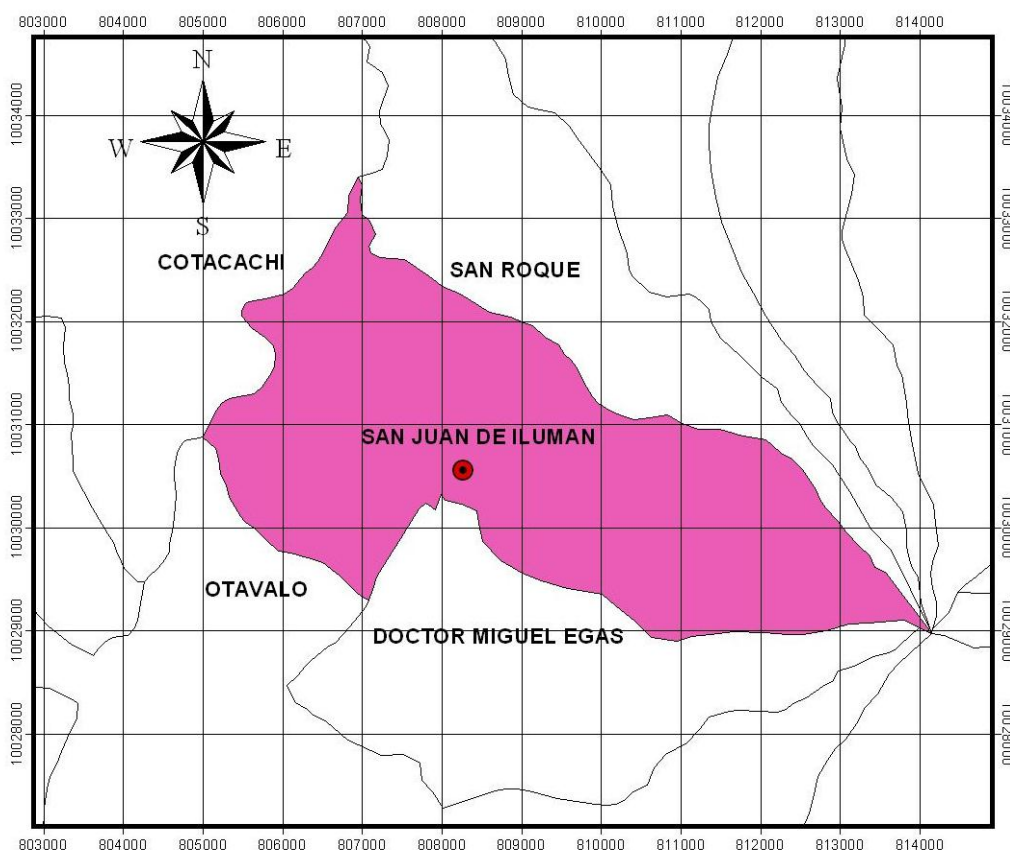
La Parroquia de San Juan de Ilumán se encuentra limitada de la siguiente manera:

Al **Norte** desde la desembocadura de la Quebrada Oscura en el Río Ambi, el curso de la Quebrada Oscura, aguas arriba, hasta sus orígenes; de los orígenes de la Quebrada Oscura la línea imaginaria al Este hasta alcanzar la cumbre del Cerro Imbabura.

Al **Sur** desde la cumbre del Cerro Imbabura, la línea imaginaria al Oeste hasta alcanzar los orígenes de la Quebrada Ilumán Grande; de los orígenes de la Quebrada, el curso de la Quebrada Ilumán Grande, aguas abajo, hasta alcanzar el puente de la carretera antigua Otavalo – Ilumán – San Roque; desde el puente, por la carretera antigua en dirección al sur a Otavalo hasta el empalme con la vía que conduce al sitio San José de La Bolsa; desde el empalme, por esta vía al Oeste hasta alcanzar el extremo sur de la Zanja Carabuela, a la altura longitudinal del Caserío Carabuela Sur (Sigsichaca)

Al **Oeste** por la Zanja Carabuela hacia el Norte hasta alcanzar el Río Ambi; el Río Ambi, aguas abajo, hasta la desembocadura de la Quebrada Oscura.

## MAPA LIMITROFE PARROQUIAL



### **SUPERFICIE**

Su extensión asciende a 22.91 Km<sub>2</sub>

### **ALTURA**

De acuerdo a su topografía, se encuentra entre los 2.400 m.s.n.m y 4.600 m.s.n.m

### **CLIMA**

La parroquia Ilumán según Pourrut presenta un clima Ecuatorial Mesotérmico Semi Húmedo en la parte baja entre los 2400 a 3800 m.s.n.m; y un clima Ecuatorial de alta montaña entre los 3800 a 4600 m.s.n.m; presenta una

precipitación entre 750 a 1250 mm. El centro poblado presenta una precipitación aproximada de 1000 mm.

### 2.3.2.- ESTRUCTURA POLÍTICO ADMINISTRATIVA

PARROQUIA		COMUNIDADES
<b>RURAL</b>	<b>ILUMÁN</b>	Ángel Pamba
		Carabuela
		Hualpo
		Ilumán Alto
		Ilumán Bajo
		Jahua Pamba
		La Loma
		Pinsaquí
		San Juan Pogyo
		San Luis de Agualongo
Sinchi Uco		

### 2.3.3.- ESTADÍSTICA POBLACIONAL

#### Datos Poblacionales Por Género

INDICADOR	PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA	REGION	PAIS
Población total	7225	90188	344044	5460738	12156608
Población masculina	3513	43368	167818	2640020	6018353
Población femenina	3712	46820	176226	2820718	6138255
Índice de masculinidad	94,64	92,63	95,23	93,59	98,05
Índice de feminidad	105,66	107,96	105,01	106,84	101,99
Índice de envejecimiento	17,03	18,77	22,34	21,44	20,14
Mujeres en edad fértil	1645	22134	85396	1441505	3166593
Porcentaje de población indígena	84,4	55,36	25,28	10,91	6,83
Porcentaje de población negra	0,24	0,52	3,2	1	2,23
Total de jefes de hogar	1527	20391	82336	1350800	2880410
Número de jefas de hogar	330	5541	21116	365634	731994
Tasa de crecimiento demográfico	3,11	4,29	2,36	1,96	2,1
Migración Neta	0,28	0,05	-0,19	0,19	

FUENTE: INFOPLAN. v. 2.0

## Población por Edades y Sexo

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 – 4	6,44%	6,56%	13%
5 – 9	6,69%	6,96%	13,65%
10 – 14	6,49%	6,45%	12,94%
20 – 24	4,25%	4,55%	8,8%
30 – 34	3,03%	3,14%	6,17%
40 – 44	1,88%	2,15%	4,03%
50 – 54	1,61%	1,91%	3,52%
60 – 64	1,19%	1,47%	2,66%
70 – 74	0,73%	0,97%	1,7%
85 y más	0,35%	0,47%	0,82%
<b>TOTAL</b>	<b>32,66%</b>	<b>34,63%</b>	<b>67,29%</b>

FUENTE: INFOPLAN. v. 2.0

## Cuadro comparativo de Indicadores Económicos de población

INDICADOR	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	REGIÓN	PAÍS
Población económicamente activa	2760	33423	131315	2175867	4553746
Porcentaje de la población ocupada en la PEA	98,22	97,97	97,9	97,86	97,31
Tasa bruta de participación	38,2	37,06	38,17	39,85	37,46
Tasa refinada de participación	56,2	53	52,92	54,24	51,07

FUENTE: INFOPLAN. v. 2.0

### Indicadores Económicos de Necesidades Básicas

<i>INDICADOR</i>	<i>PARROQUIA</i>	<i>CANTÓN</i>	<i>PROVINCIA</i>	<i>REGIÓN</i>	<i>PAÍS</i>
Pobreza por NBI	85,6	68,5	58,2	53,8	61,3
Pobreza extrema por NBI	62,7	44	33,3	26,9	31,9
Incidencia de la pobreza de consumo	91,1	76,5	77,8	62,4	60,6
Incidencia de la extrema pobreza de consumo	64,9	46,1	42	27,3	21,5
Brecha de la pobreza de consumo	53,5	41	38,9	27,6	24,1
Brecha de la extrema pobreza de consumo	26,9	19,2	16,2	9,2	6,6

FUENTE: SIIESE .v. 3.5

### Indicadores de Infraestructura y Servicios Básicos

<i>INDICADOR</i>	<i>PARROQUIA</i>	<i>CANTÓN</i>	<i>PROVINCIA</i>	<i>REGIÓN</i>	<i>PAÍS</i>
Viviendas	1526	20339	82166	1343372	2848088
Hogares	1528	20427	82493	1353154	2887087
Sistemas de eliminación de excretas	76,7	72,5	79,5	84,1	82,7
Servicio eléctrico	83,9	86,3	89,6	92,4	89,7
Servicio telefónico	23,3	26,3	29,8	39,1	32,2
Servicio de recolección de basura	21,4	48,6	61,9	63,3	62,7
Déficit de servicios residenciales básicos	81,7	61,4	50,8	51	63,1
Hacinamiento	42,9	32	26,5	21,9	26,4

FUENTE: SIIESE .v. 3.5

## **VIALIDAD**

Los caminos que conducen a las diferentes comunidades son de tercer orden en su mayoría únicamente de tierra, por ello en invierno se dificulta la movilización y en verano, el polvo se afecta la respiración.

El camino antiguo que comunica a Ilumán con su cabecera cantonal es empedrado y actualmente su estado es pésimo por falta de mantenimiento. El otro camino, que va por Pinsaquí y sale a la panamericana Norte, es empedrado y está en buenas condiciones y es el más transitado.

Por el sector atraviesa la línea férrea (Otavalo-Ibarra), la misma que está abandonada y en pleno proceso de deterioro, en algunos tramos inclusive ha desaparecido.

Actualmente, se están realizando adoquinados en las calles periféricas al parque de la cabecera parroquial.

### **2.3.4.- ANÁLISIS SOCIAL**

#### **EDUCACIÓN**

En la última década la evolución del Índice Multivariado de Educación (IME) en la provincia ha sido positiva, pues su valor se ha incrementado de 52,6 a 55,6 por ciento, lo cual quiere decir que ha mejorado el nivel educativo, aunque sigue siendo relativamente bajo (56/100). Ibarra es el cantón con mejor IME (>60) mientras que Pimampiro, Cotacachi y Urcuquí son los de peor IME (< 42).

El nivel educativo es muy desigual entre las zonas urbanas (64) y rurales (41), casi 23 veces superior la educación en las ciudades que en el campo. Según datos del año 2001 del SIISE, la provincia de Imbabura tiene una tasa de analfabetismo del 13.4% y una tasa de analfabetismo funcional del 27.5%, aunque desde 1990 estos valores han descendido de forma notable; del 18% al 13% y del 33% al 27% respectivamente. Urcuquí, Cotacachi y Pimampiro son los cantones con mayor proporción de descenso en sus tasas de analfabetismo; 10-12%. Es de destacar también, una mayor tasa de analfabetismo en el área rural; 22% analfabetismo normal y 40% analfabetismo funcional, mientras que en el área urbana es del 5% y 17% respectivamente<sup>24</sup>.

El promedio de años de escolaridad en la provincia en el año 2001 según datos del SIISE es de 6 años; nivel de escolaridad muy bajo si se tienen en cuenta que son 16 años los de formación para llegar al nivel superior a la edad de 22 años. En el sector rural de Imbabura, la escolaridad promedio es de 4 años, la mitad que en el área urbana que es de 8 años. El análisis de la escolaridad a nivel cantonal destaca prácticamente los mismos índices provinciales y ratifica lo dicho en apartados anteriores en cuanto a la diferencia educativa entre la zona rural y la urbana.

Según datos del SIISE, en la provincia de Imbabura en el año 2001 la tasa de escolarización (porcentaje de matriculados) en educación primaria y educación básica fue elevado; 91% y 83% respectivamente; sin embargo, a medida que aumenta el nivel educativo, la proporción de matriculados va descendiendo, pues en secundaria para el mismo año estaban matriculados solo el 40% de los niños y en educación superior el 11% de los jóvenes. Hay que destacar que solo un 10% de la población completa los estudios universitarios.

En cuanto a recursos educativos, la provincia de Imbabura cuenta con tres tipos de centros a nivel administrativo, los públicos, los privados y fisco misionales. En

---

<sup>24</sup> Ministerio de salud pública, Proyecto MODERSA



general, todos los cantones disponen de infraestructura en estos tres niveles, tanto en el área urbana como en el área rural, en los niveles pre-primario, primario y secundario.

Por lo general los centros privados se encuentran en las áreas urbanas más que en las rurales. La provincia también cuenta con centros de *educación superior o universitaria*, tanto públicos (UTN) como privados (PUCEI). La mayoría están concentrados en la cabecera provincial, aunque Otavalo posee su propia universidad. En la provincia es muy importante la educación a distancia porque no todo el mundo tiene la posibilidad de desplazarse para poder estudiar.

La proporción de recursos escolares en la provincia es la siguiente: las escuelas de primaria presentan cerca de 25 alumnos por aula y profesor; mientras que en la secundaria, hay 19 alumnos por aula y 12 alumnos por profesor. Estas tasas son más elevadas en la ciudad que en el campo, y apenas existe diferencia entre las escuelas públicas o las privadas. En primaria el número de alumnos por plantel es inferior al de secundaria, porque al haber menos alumnos, los recursos tienden a concentrarse.

Las características del personal docente en la provincia de Imbabura se destacan por lo siguiente: El 91% de los profesores de educación primaria de las áreas urbanas tienen título de docentes, mientras que en las áreas rurales solo 87%. En educación secundaria es inferior; el 83% de los profesores tiene el título de docentes, pero existe mayor equidad entre los centros rurales y los urbanos. En cuanto a la formación del profesorado, cabe destacar que en educación primaria la mayoría de los docentes rurales (49%) posee estudios de pos secundaria, mientras que en el área urbana se reparte casi de igual manera entre estudios de secundaria, pos secundaria y universitarios (31% aprox.). En educación secundaria la mayoría

de los docentes, tanto en el campo como en las ciudades poseen estudios universitarios (76%).

En los últimos años ha crecido significativamente el número de docentes en el país; sin embargo, poco se conoce sobre su nivel de formación y su categoría. La calidad del sistema educativo se mide mediante la comparación del número de alumnos/as que ingresan al primer grado de un determinado nivel de enseñanza y aquellos que terminan sin desertar ni repetir ningún año.

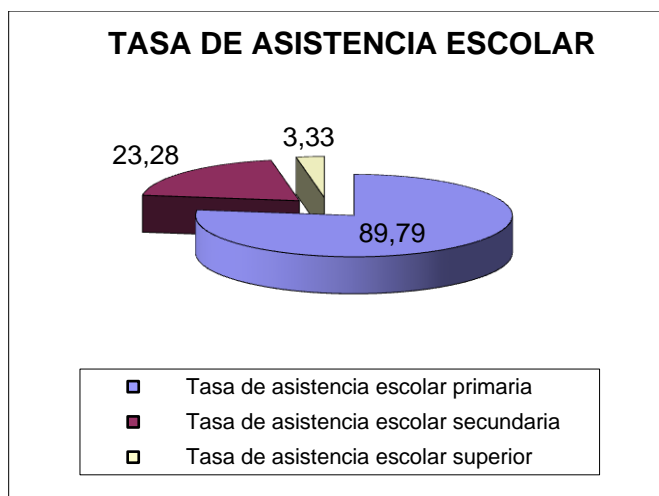
En Imbabura, el *ciclo primario* es eficiente en el ámbito urbano, con un 91% de los alumnos hombres y el 87% de las mujeres que terminan el ciclo, sin embargo en el área rural lo hacen solo el 57,5%. El *ciclo básico*, sigue siendo más eficiente en el área urbana (67-79%) que la rural (46-57%), en este caso, son más eficientes las mujeres que los hombres, pues las cifras de alumnas que terminan sus estudios son superiores al de alumnos. Sin embargo, el *ciclo diversificado* es el que mayor éxito tiene en las zonas rurales, tanto para hombres (77%) como para mujeres (83%), frente al área urbana, donde terminan estudios el 62% de hombres y el 75% de mujeres.

La inversión en educación por alumno en escuelas fiscales de la provincia es de un promedio de 108 dólares para primaria y 262 dólares para secundaria, teniendo valores superiores a la media nacional que es de 98 y 209 dólares respectivamente.

Para el caso de la parroquia de **San Juan de Ilumán**, el nivel de analfabetismo se establece en una tasa del 33,1%; siendo el analfabetismo en mujeres el más alto con un 40,4%; el nivel de escolaridad que se alcanza en la parroquia está en un promedio de 3 años de estudio, la primaria completa la terminan el 25,4% de la población que accede a esta instrucción, tornándose crítico a nivel de la

secundaria completa a la cual acceden apenas el 4,5% y de éstos logra una instrucción superior el 3,6%, de acuerdo al SIISE las tasas de asistencia a centros escolares de niños comprendidos entre los 5 a 14 años es de 77,4%, a centros de educación media de jóvenes de 12 a 17 años es de 41,4% y de asistencia a centros superiores entre los 18 y 24 años es de 15,9%; lo que comparativamente nos demuestra de que existiendo una buena disposición de niños y jóvenes a prepararse, existen limitantes que no permiten la culminación de los procesos educativos en todos los niveles.

#### **CUADRO ESTADISTICO TASA DE ASISTENCIA A CENTROS EDUCATIVOS**



FUENTE: INFOPLAN. v. 2.0

#### **ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA DE ILUMAN**

**NIVEL:**

**PREPRIMARIO**

<b>NOMBRE DEL PLANTEL</b>	<b>UBICACIÓN DEL PLANTEL</b>	<b>NÚMERO GRADOS</b>	<b>NÚMERO PROFES</b>	<b>NÚMERO ESTUDIANTES</b>
12 DE NOVIEMBRE	ILUMAN	0	1	36
SAN JOSE DE JAHUAPAMBA	CARABUELA	0	1	22
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>58</b>

**NIVEL: PRIMARIO**

<b>NOMBRE DEL PLANTEL</b>	<b>UBICACIÓN DEL PLANTEL</b>	<b>NÚMERO GRADOS</b>	<b>NÚMERO PROFES</b>	<b>NÚMERO ESTUDIANTES</b>
DOMINGO F. SARMIENTO	ILUMAN	0	71	463
MARIA LARREA FREILE	PINSAQUI	0	3	65
MODESTO LARREA JIJON	CARABUELA	0	9	248
SAN JOSE DE JAHUAPAMBA	JAHUAPAMBA	0	4	135
SAN LUIS DE AGUALONGO	AGUALONGO	0	7	165
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>94</b>	<b>1076</b>

**NIVEL: MEDIO**

<b>NOMBRE DEL PLANTEL</b>	<b>UBICACIÓN DEL PLANTEL</b>	<b>NÚMERO GRADOS</b>	<b>NÚMERO PROFES</b>	<b>NÚMERO ESTUDIANTES</b>
SAN JUAN DE ILUMÁN	ILUMÁN	0	8	73

<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>73</b>
--------------	--	----------	----------	-----------

**FUENTE: DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN Y CULTURA  
DE IMBABURA**

<b>INDICADOR</b>	<b>PARROQUIA</b>	<b>CANTÓN</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>REGIÓN</b>	<b>PAÍS</b>
Tasa de alfabetismo de mayores de 15 años de edad	66,93	77,55	86,64	90,69	90,98
Tasa de alfabetismo de mayores de 10 años de edad	72,24	80,46	88,05	91,47	91,59
Tasa de analfabetismo de mayores de 15 años de edad	33,07	22,45	13,36	9,31	9,02
Tasa de analfabetismo de mayores de 10 años de edad	27,76	19,54	11,95	8,53	8,41
Tasa de asistencia escolar primaria	89,79	88,44	89,19	90,87	89,09
Tasa de asistencia escolar secundaria	23,28	31,47	38,86	46,16	43,93
Tasa de asistencia escolar superior	3,33	8,95	12,3	17,03	13,54
Escolaridad de la población de 10 y más años de edad	3,96	5,38	6,34	7,37	7,13
Escolaridad de la población de 24 y más años de edad	2,95	4,88	6,17	7,48	7,28

Escolaridad del jefe de hogar	2,93	4,57	5,65	6,81	6,53
Escolaridad de las jefas de hogar	1,96	3,77	4,9	6	6,13
Tasa de acceso a instrucción superior	3,57	11,01	14,88	20,01	18,1
Población alfabetizada mayor de 15 años de edad	2918	43773	194150	3303712	7376902
Población alfabetizada mayor de 10 años de edad	3825	54254	232637	3890841	8654019
Población analfabetizada mayor de 15 años de edad	1442	12673	29931	339172	731007
Población analfabetizada mayor de 10 años de edad	1470	13179	31572	362688	794314

FUENTE: INFOPLAN. v. 2.0

### 2.3.5.- INDICADORES DE SALUD EN IMBABURA

En la provincia de Imbabura, la esperanza de vida ha aumentado en la última década de 64 años en 1990 a 71 años en 1999, probablemente debido a los avances médicos y al mejor acceso de la gente a los servicios sanitarios. Esto se aprecia sobre todo en las áreas urbanas donde se concentran la mayoría de los servicios médicos, cuyo promedio es de 67 años. En las áreas rurales la esperanza de vida está notablemente por debajo, 59 años promedio. Algo similar ocurre con las tasas de mortalidad materno infantil, que ha descendido en la última década de 30 a 19; de 13 a 9; y de 117 a 54 por 1.000 habitantes).

Dentro de las 10 principales causas de muerte de la población imbabureña se destacan las siguientes: neumonía (3°), accidentes de transporte (4°), desnutrición (5°), diarreas de origen infeccioso (7°), agresiones intrafamiliares (9°). Los demás rangos corresponden a enfermedades cerebro-vasculares, isquémicas del corazón, diabetes mellitas, tumores malignos de estómago relacionadas con la dieta y enfermedades crónicas de las vías respiratorias<sup>25</sup>.

Respecto a la desnutrición, tanto global como crónica, ambas han descendido según estudio del SIISE del 17% al 14% la primera; y del 34% al 27% la segunda entre 1986 y 1999; sin embargo, es notable la existencia de una mayor desnutrición de los niños en áreas rurales, un 48% global y un 66% crónica, que en las urbanas un 32% y un 47% respectivamente. Esta tendencia se puede apreciar en los seis cantones.

Entre 1994 y 1999 se destaca también en la provincia, un incremento del porcentaje de niños con bajo peso al nacer: del 19,5% al 24,1%; mientras que en la media nacional, la tendencia es a disminuir del 18,8% al 18%. El índice de envejecimiento de la población es más alto en las áreas urbanas que en las áreas rurales, esto significa que la población en la ciudad llega a vivir más años que en el campo. Esta tendencia provincial se repite igualmente en todos los cantones.

La oferta de servicios de salud en la provincia de Imbabura es relativamente baja, pues su índice presenta un valor de 50 sobre 100; y la de todos los cantones excepto Ibarra es inferior a esa cifra. Imbabura cuenta con 4 centros de salud privados con internación, concentrados en Ibarra el 40%; y 6 centros públicos de salud con internación 60%, de los cuales 3 están ubicados en Ibarra, 1 en Antonio Ante, 1 en Cotacachi y 1 en Otavalo. Pimampiro y Urcuquí no disponen de este tipo de cobertura hospitalaria.

---

<sup>25</sup> Ministerio de Salud Pública Dirección nacional de áreas de salud

Los establecimientos de salud que solamente ofrecen atención ambulatoria, es decir, que no disponen de camas para internación de pacientes son: 1% *centros*, 62% *subcentros*, 28% *dispensarios* y 28% *puestos de salud*; de los cuales, un 55% se encuentran en el área rural y un 45% en la urbana. La provincia de Imbabura dispone de 337 camas entre los 10 centros de salud con internación existentes, y el cantón con mayor cobertura de este servicio para la población es Antonio Ante: 16 camas/10.000 habitantes, seguido de Otavalo 9/10.000 y Cotacachi e Ibarra con 4/10.000 habitantes. En cuanto a personal de salud, la provincia cuenta con 1.212 profesionales, de los cuales el 88% están en área urbana y el 12% en área rural, lo que demuestra un reparto poco equitativo entre las dos áreas. La dotación de personal de salud oscila de unos cantones a otros, Ibarra y Antonio Ante son los cantones proporcionalmente mejor dotados con una tasa de 5,53 y 3,55 profesionales/10.000 habitantes, mientras que el resto de cantones presentan tasas inferiores a 2/10.000.

Esta proporción también es muy desigual entre el área rural donde solo existen de 0,3 a 1,4 profesionales/10.000 habitantes, mientras que en el área urbana hay desde 4 a 7,25 profesionales/10.000 habitantes. Cabe destacar también que la inversión en salud por habitante en la provincia es muy baja, 8,9 dólares per cápita, aunque esta cifra es superior a la media nacional que es de 7,3 dólares.

## **INDICADORES DE SALUD EN ILUMAN**

En lo referente a salud, **San Juan de Ilumán** tiene una población menor de 1 año de edad equivalente a 325 niños, la población total menor de 5 años de edad es de 939, el personal de salud que da asistencia en esta parroquia por cada 1.000 habitantes es del 0,55; cabe destacar que el número de personas discapacitadas totalizan 406. Existiendo para atención en salud un subcentro en toda la parroquia.



Además podemos mencionar que la medicina tradicional, ha sido practicada por los habitantes de Ilumán desde tiempos remotos y hasta el momento es una fuente de ingresos para el 4% de la población. A decir de quienes se dedican a esta actividad, este número puede ser mayor porque esta práctica está siendo utilizada por gente “aprovechadora” que no posee conocimientos y aptitudes para curar.

Hoy, los Yachacs, han conformado una Asociación jurídica que agrupa a 45 socios, lo que les ha permitido, establecer consultorios sin que esto signifique estar contra la ley. A esta actividad, únicamente se dedican los hombres.

## ÍNDICES DE SALUD

Desnutrición Crónica de Niños Menores de 5 Años (%)	68,28
Desnutrición Global de Niños Menores de 5 Años (%)	49,77
Personal de Salud por cada 1.000 Habitantes.	0,55
Viviendas con Agua Potable al Interior (%)	38,72

FUENTE: SIIESE .v. 3.5

<i>INDICADOR</i>	<i>PARROQUIA</i>
<b><u>Establecimientos sin internación</u></b>	
Centros de salud	0
Subcentros de salud	1
Puestos de salud	0

Dispensarios médicos	0
----------------------	---

FUENTE: SIIESE .v. 3.5

<b>INDICADOR</b>	<b>PARROQUIA</b>	<b>CANTÓN</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>REGION</b>	<b>PAIS</b>
Población menor de 1 año de edad	325	3955	14340	217724	503814
Población menor de 5 años de edad	939	11227	39318	590510	1336860
Profesionales del área de la salud	4	165	1212	28880	53039
Número de personas discapacitadas	406	4427	18105	244716	565560
Porcentaje de discapacitados	5,62	4,91	5,26	4,48	4,65
Porcentaje de personas con discapacidad visual	27,34	28,06	29,69	29,63	34,1
Porcentaje de personas con discapacidad de extremidades superiores o inferiores	14,78	16,2	16,81	18,52	18,84
Porcentaje de discapacitados auditivos	18,47	19,54	17,88	13,94	10,25
Porcentaje de discapacitados con retardo mental	3,94	6,23	6,84	7,61	7,24
Porcentaje con discapacidad psiquiátrica	1,97	2,37	2,23	2,85	3,06
Porcentaje de personas con discapacidad múltiple	6,4	5,49	5,57	7,68	6,35
Porcentaje de personas con otro tipo de discapacidad	27,09	22,11	20,98	19,78	20,14

FUENTE: INFOPLAN. v. 2.0

## ÍNDICE DE OFERTA DE SALUD

<b>PARROQUIA</b>	<b>INDICE DE OFERTA</b>	<b>TOTAL DE HABITANTES</b>
Ilumán	42,73	7.225

FUENTE: SIIESE .v. 3.5

### 2.3.6.- CARACTERIZACION

#### **SUB CENTRO DE SALUD DE ILUMAN:**

Este sub centro está integrado por 2 médicos uno de nombramiento y uno de practica rural, un odontólogo, una enfermera, una auxiliar de enfermería y un auxiliar de odontología, este sub centro está ubicado en el ingreso sur del centro parroquial de Ilumán, cuenta con espacios básicos característicos de un sub centro, a pesar de que existe un incremento notable de atención a pacientes de la población local especialmente en los dos últimos años.

#### **ÀREA FÌSICA**

El sub centro de salud de Ilumán cuenta con:

- 1.- dos consultorios médicos
- 2.- un consultorio odontológico
- 3.- área de farmacia
- 4.- área de vacunación
- 5.- Área de preparación

- 6.- área para partos
- 7.- área para TB
- 8.- área de post-consulta
- 9.- 2 baños
- 10.- espacios verdes
- 11.- sala de espera
- 12.- área para curaciones

#### **2.4.- SALUD INTERCULTURAL**

El enfoque de sistemas asume la realidad como una e indivisible. Lo humano no está separado de lo biológico, psicológico, espiritual y social. Lo humano es uno, y como tal, debe ser tratado. Entonces, la conservación de la salud y la cura de la enfermedad no pueden ser vistas en sus posibles componentes de abordaje, sino que deberían ser vistas desde una perspectiva holística, es decir, integrales.

La ciencia occidental, a través de la especialización, desarrolló opciones avanzadas de tratamiento de la enfermedad, pero con efectos secundarios ineludibles. Para la sabiduría ancestral indígena, en cambio, las perspectivas de abordaje de la conservación de la salud y de la cura de la enfermedad, han implicado considerar lo humano como una unidad donde se involucra lo biológico, lo psicológico y lo espiritual (lo mágico-ritual), el uso de mediadores (los hombres y mujeres de sabiduría ancestral) y un arsenal de medio diagnósticos y terapéuticos de diferente origen y uso<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Sistema cantonal descentralizado de salud

### **2.4.1.- LOS SISTEMAS DE MEDICINAS TRADICIONALES INDÍGENAS**

La medicina indígena liga el rito de sanación con los mitos primigenios de lo humano, lo natural y lo divino, en los cuales los rezos, las invocaciones, los pases mágicos, son parte del ritual de sanación. El sanador es un mediador que ejerciendo el rito, conecta el mito, al tiempo que ejercita las distintas dimensiones del acto curativo vinculando seres humanos, comunidad, naturaleza y divinidad<sup>27</sup>.

El acto curativo, por sobre todo, es un acto espiritual y de sanación donde el rezo, la invocación y el pase, liga al ser con el acontecer, con las energías de la naturaleza (la pacha mamá), y donde Dios es la percepción y la vivencia de una cosmogonía.

Los mediadores del proceso de curación en el sistema formal de salud lo constituyen sus recursos humanos y tecnológicos, mientras que en los sistemas de medicina tradicional indígena los mediadores son los sanadores, hombres y mujeres de sabiduría: hierbateros, “shamanes”, fregadores (o sobadores), parteras, rezadores (o invocadores), entre otros<sup>28</sup>.

Tanto en el sistema de medicina formal, como en el de medicina tradicionales indígenas, las operaciones de los modelos comportan aspectos promocionales, preventivos, de curación y rehabilitación de la salud. No obstante, en las medicinas tradicionales indígenas el hecho curativo, la homeostasia, es un hecho fundamentalmente espiritual y, sobretodo, integral. Visto desde el sanador, el acto curativo es un acto de sanación por el religamiento con lo divino.

---

<sup>27</sup> Dirección nacional de salud de los pueblos indígenas

<sup>28</sup> El Jambi Huasi, Área de salud

Visto desde fuera del sanador, el acto es de re-equilibramiento de las fortalezas y energías internas permitiendo la salida de espíritus y fuerzas negativas que enfermaron al ser humano. Los sistemas de las medicinas tradicionales indígenas (sistemas, en cuanto que de cada una de las medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos podrían desagregarse, para el análisis, elementos, componentes, funciones, estructura y cualidades integrativas –cualidades diferentes a los elementos que componen dichos sistemas–), a su vez se comportan como subsistemas de un sistema más amplio: el Sistema Nacional de Salud.

Los pueblos indígenas en el surgimiento de las sociedades nacionales y los estados, han sido ignorados, segregados e invisibilizados, sin embargo podemos anotar que estos pueblos en estos días están luchando por sus procesos de reconocimiento legal y sobre todo del reconocimiento de sus formas de vida diversas, mismas que son heredadas de las culturas desarrolladas por cientos de años.

En este contexto los pueblos andinos desarrollaron un concepto de vida propia, el mismo que se le conceptualiza como cosmovisión andina. Estos conocimientos son totalmente ajenos y contradictorios a los conceptos venidos de Europa a partir de la conquista. Por esto decimos que es cierto que existió un choque de dos mundos, los valores y principios de las culturas indígenas se resumen en los siguientes conceptos.

## **LA PARIDAD**

Todo elemento cósmico en la visión del mundo indígena tiene su contrario, es decir su par que es el otro elemento de género, es decir: el día masculino, la noche femenina; el sol masculino, la luna femenina; arriba, abajo; frío, color, etc. Este principio también entra en todo tipo de elementos animados, naturales, tangibles e

intangibles<sup>29</sup>.

## **LA COMPLEMENTARIEDAD**

La visión del mundo está dividido en cuatro partes, dos elementos positivos, dos elementos negativos, dentro de este existe dos elementos femeninos, dos elementos masculinos, aquí no se puede decir que el elemento femenino es negativo y el masculino positivo, esto es dual y cruzado puede haber elementos femeninos. Este principio está presente en todo, ciclo agrícola, ciclo festivo, el wata o año.

## **RELACIONALIDAD**

Todo tiene una relación, los elementos naturales y humanos tiene vida, los elementos que pertenecen sobre la tierra son elementos vivos y tienen identidad de género, las piedras, el viento, las plantas son hombres o son mujeres. Las fiestas, los días, los momentos son hombres o son mujeres.

## **RECIPROCIDAD**

El comunitarismo es un elemento de vida de resistencia fundamental de las culturas indígenas, persisten algunas manifestaciones que denotan este principio como: la minga, el maki mañachiy, wakchakaray, etc. Este principio ha sido fundamental para la persistencia de toda una cultura que al ser solidaria y reciproca, denota una característica propia del ser en comunidad, del ser en conjunto con la naturaleza y con los seres humanos.<sup>30</sup>

Las culturas indígenas tienen una forma de ver a la vida de manera cíclica, contraria a

---

<sup>29</sup> El Jambi Huasi, Área de salud

<sup>30</sup> CONAIE

la occidental que tienen su visión horizontal Esta forma cíclica se refleja en todo, las practicas concretas de las fiestas, la práctica agrícola, medicina tradicional, idioma, etc.

## **LUGARES SAGRADOS**

Existen lugares como pogios, ríos, cerros, cascadas, donde acuden los yachaks y sanadores en general, para purificar el alma, cuerpo y espíritu de las personas que no han logrado un equilibrio armónico con la naturaleza, a estos lugares se los conoce como lugares sagrados o de sanación.

En las diferentes provincias del Ecuador tenemos cascadas, lagos, cerros, ríos, lagunas, espacios abiertos que son los lugares escogidos por los agentes tradicionales, para la sanación<sup>31</sup>.

### **2.4.2.- CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD INTERCULTURAL**

Situación de Salud de Nacionalidades y Pueblos Indígenas en el Ecuador

Pese a la incorporación de derechos en el ejercicio de la equidad, los indicadores de impacto en nacionalidades y pueblos mantienen los índices de mayor efecto adverso en magnitud y concentración, lo cual genera límites al desarrollo de las soberanías “saludables”, vinculadas a los procesos de salud, cultura y desarrollo<sup>32</sup>.

Un espectro de indicadores de la vulnerabilidad vinculada a la situación de salud de las etnias en el país se muestra a continuación:

---

<sup>31</sup> Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

<sup>32</sup> Programa de organización y gestión de Sistemas y servicios de salud



1.-Más de las tres cuartas partes de la población indígena se halla en la pobreza (77.75 %)2, lo que significa que no logra acceder a una canasta básica de bienes y servicios; de este porcentaje, el 42.23 % no logra adquirir una canasta de pobreza o de indigencia.

2.-De los 12 millones de habitantes, el 39% se localiza en el área rural; en correspondencia con este deterioro, en el sector rural se ubica el 85.6% de pobres mientras que la incidencia de la pobreza en poblaciones indígenas es del 89.9%. Simultáneamente el 30% de la población no accede a ningún servicio cuando se halla enferma, y el 77% de la población del país no cuenta con ningún tipo de aseguramiento.

Los indicadores de salud de los pueblos indígenas no son objetivos, no muestran la real dimensión del problema. El subregistro, la ausencia de indicadores particularizados por pueblos o nacionalidades, la falta de acceso geográfico y cultural, entre otros, son elementos que permiten afirmar lo arriba expresado.

La esperanza de vida al nacer es de entre 10 y 20 años inferior a la de la población total, y se han obtenido tasas de mortalidad infantil entre 1.5 y 3 veces superiores4 a las tasas nacionales. Un cuadro aproximativo de esta realidad se muestra a continuación:

### 2.4.3.- PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN SALUD INTERCULTURAL

IRA (Infección Respiratoria Aguda)

EDA (Enfermedad Diarreica Aguda)

Tuberculosis

Parasitosis

Desnutrición

Alcoholismo, Violencia y Desintegración familiar

<b>Desnutrición</b>	<b>Total Nacional</b>	<b>Población Indígena</b>
Recién nacidos	12.5 %	19,5 %
Menores de 1 año	15.1 %	26.0 %
1 – 4 años	34.8 %	57.0 %

\* De cada 100 nacidos vivos, 50 llegan a tener algún grado de desnutrición.

### PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN POR ETNICIDAD

<b>POBLACION</b>	<b>DES. CRONICA</b>	<b>DES. GLOBAL</b>	<b>DES. AGUA</b>
No indígena	24.0	13.1	2.3
Indígena	58.1	30.0	2.4
Total	26.1	14.3	2.4

Fuente: ECV, 1998

### VISIÓN DEL MSP EN MEDICINA INTERCULTURAL.

El Subproceso de Medicina Intercultural (tanto como si se convierte en Proceso de Salud Intercultural) es una instancia técnico-administrativa del Ministerio de Salud Pública, que diseña y ejecuta corporativamente políticas y estrategias para

la convalidación y revalorización de las medicinas ancestrales y alternativas dentro de una estructura sistémica<sup>33</sup>. Al mismo tiempo, construye modelos de salud interculturales descentralizados (modelo de atención integral), con suficientes recursos, apropiados a las realidades locales de las nacionalidades y pueblos. Cuenta con una gestión y estructura organizacional, administrativa y técnica, que maneja criterios de planificación estratégica y se encuentra apoyada en sistemas de información confiables y actualizados<sup>34</sup>.

Promueve, junto a otras instituciones del sistema Nacional de Salud y del sector, la exigibilidad de los derechos humanos en salud, con altos estándares de calidad. Fortalece redes interinstitucionales y socio-organizaciones ligadas a la gestión intercultural y atención de la salud y el desarrollo. Cuenta con un equipo técnico necesario y suficiente, altamente calificado para ejercer su misión corporativa institucional. Y es un referente en el escenario institucional, nacional e internacional por ser innovador, novedoso y creativo en el seno de la autoridad Sanitaria y sistema Nacional de Salud

## **MISIÓN DEL M.S.P EN MEDICINA INTERCULTURAL**

El Subproceso de Medicina Intercultural ejerce su capacidad de rectoría en la definición de políticas de salud intercultural en el entorno biodiverso para las nacionalidades y pueblos, articulando las políticas nacionales y las demandas del movimiento indígena, afro ecuatoriano y social. Es garante de la incorporación de las estrategias y recursos de las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias a las políticas y procesos de gestión y atención de la salud

---

<sup>33</sup> Ministerio de salud publica

<sup>34</sup> Ministerio de Salud Publica – Consejo Nacional de salud

intercultural, mediante la oferta de talento humano con servicios oportunos, eficientes y de calidad<sup>35</sup>.

#### **2.4.4.- SUSTENTO JURÍDICO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD INTERCULTURAL**

Tanto la Constitución Política del Estado ecuatoriano (1998), la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, así como las suscripciones del país a los Convenios y Acuerdos internacionales –Iniciativa SAPIA OPS, 1993); los Decenios de las Poblaciones Indígenas del Mundo: 1994-2004 / 2004-2014; el Convenio 169 de la OIT, 1989–, el Informe de la Secretaria (A56/18, 31 de marzo del 2003) de la 56 Asamblea de la OMS, o los Acuerdos de la Comisión Andina de Salud Intercultural, que serían insumo para la Resolución REMSAA XXVII/417 de los Ministros de Salud del Área Andina (suscrito el 31 de marzo, 2006), incluyen formulaciones y llamados a los países miembros hacia el respeto y desarrollo de las medicinas tradicionales y sus recursos diagnósticos y terapéuticos, especialmente el de los recursos fitofarmacológicos, hacia la constitución de modelos interculturales de salud y la adecuación cultural de los servicios y prestaciones, hacia la generación de instituciones propiamente indígenas para el desarrollo de políticas, planes y programas de intervención en salud para poblaciones nativas, hacia la participación social en la gestión y atención de los servicios, entre otros<sup>36</sup>.

Sin embargo, no existe una política explícita que, integrando todos y cada uno de los aspectos señalados en las Resoluciones, Acuerdos y Convenios, pudiera significar una política de Estado, propiamente intercultural para el Ministerio, Direcciones Provinciales y Áreas de Salud, pero también para la intersectorialidad

---

<sup>35</sup> Ministerio de salud pública – Dirección Nacional de áreas de salud

<sup>36</sup> Ministerio de salud pública

y la cooperación, las academias e instituciones formadoras de recursos, organizaciones no gubernamentales y de las nacionalidades y pueblos indígenas en el Ecuador, así como las de los sanadores de las medicinas ancestrales y tradicionales<sup>37</sup>.

De cualquier modo, lo hasta hoy obtenido es un insumo importante para dicho fin. A continuación, se cita el cuerpo jurídico suficiente y necesario para emprender la formulación de una política intercultural, que promueva un interrelacionamiento productivo de las culturas sanitarias diversas existentes, y que en el marco del respeto de sus diferentes cosmovisiones, paradigmas, principios y valores, halle la oportunidad y estímulo a la disminución constante, hasta su definitiva cesación, de todos aquellos hábitos, costumbres y conductas de discriminación, racismo y maltrato, que históricamente se ha vivido en la atención de los servicios de salud, provocando índices decrecientes de cobertura en las zonas rurales, pero también que promueva el conocimiento de los aportes al desarrollo, la cultura y la salud, que históricamente los sanadores de las medicinas tradicionales y ancestrales han ofrecido al país<sup>38</sup>.

## **2.5.- PRINCIPIOS DE LAS MEDICINAS TRADICIONALES INDÍGENAS**

### **2.5.1.- ANTECEDENTES:**

Las Nacionalidades y Pueblos Indígenas en el Ecuador poseemos una diversa y rica herencia cultural: nuestras manifestaciones estéticas, así como nuestros logros tecnológicos y organizativos se hallan fundamentados en la sabiduría ancestral. Sin embargo, la ausencia de políticas favorables, la transculturación y la implantación de modelos exógenos de desarrollo, contribuyeron no sólo a la desarticulación de nuestras culturas, y por consiguiente a la desvalorización de nuestra identidad, sino que sus resultados se objetivan en un estado de pobreza

---

<sup>37</sup> Ministerio de salud pública – OPS/OMS -modersa

<sup>38</sup> Sistema Cantonal descentralizado de salud

alarmante y, por lo tanto, en condiciones abiertamente deficitarias de vida y de salud<sup>39</sup>.

La emergencia del movimiento indígena al interior del país y en el concierto de las naciones, ha permitido no solamente que los pueblos indígenas lográramos incorporar algunas de nuestras propuestas en la última Constitución Política del Estado, o que eligiéramos nuestros propios representantes a los gobiernos locales, por ejemplo, sino, y por sobre todo, la celebración de importantes declaraciones, acuerdos, convenios y tratados internacionales, en los cuales finalmente se reconocieron nuestros derechos colectivos. Como muestra, están el Convenio 169 de la OIT, suscrito y ratificado por nuestro país, las Resoluciones V y VI de la Iniciativa SAPIA (Salud para los Pueblos Indígenas de las Américas (OMS, 1993), la Declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas (NNUU, 1994-2004), o los Tratados Internacionales en el contexto de los 500 años de Resistencia Indígena<sup>40</sup>.

Todos estos sucesos han promovido la reflexión, el debate y la toma de conciencia sobre nuestras condiciones de vida y situación de salud y por lo tanto, han traído la impostergable consideración y pertinencia de tomar decisiones políticas, establecer propuestas de orden técnico, y diseñar planes y programas dirigidos hacia la resolución de los problemas sanitarios de nuestros pueblos y nacionalidades<sup>41</sup>.

Respondiendo a una de las propuestas políticas de salud establecidas por las nacionalidades y pueblos, al tiempo que a la voluntad política del Ministerio de Salud, en el contexto del proceso de modernización del sector y en correspondencia con lo establecido en los Artículos 44 y 84 de la nueva Constitución vigente (respeto, promoción y desarrollo de la medicina tradicional),

---

<sup>39</sup> Fernández, G. Salud e interculturalidad

<sup>40</sup> Sistema Cantonal descentralizado de salud

<sup>41</sup> Programa de organización y gestión de sistema y servicio de salud

se creó la **Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI)**, mediante **Acuerdo Ministerial No. 01642, el 13 de septiembre de 1999**<sup>42</sup>.

En términos generales, la misión encomendada a la DNSPI fue la de operacionalizar el mandato constitucional ya señalado, estableciendo no sólo disposiciones técnicas, estratégicas y políticas a fin de legalizar, legitimar y desarrollar nuestras medicinas tradicionales indígenas, sino la de construir modelos interculturales de salud que, comprendiendo las particularidades étnicas de la demanda, humanicen y adecuen sus servicios y prestaciones, al tiempo que consideren las distintas modalidades de articulación de las culturas sanitarias existentes en el país.

Es ampliamente reconocido el hecho de que el modelo biomédico aporta una visión de la salud que, con el rango de científico, ha impuesto de forma unilateral sus proposiciones. Es verdad que el sistema continúa resolviendo aspectos de salud y enfermedad; pero no lo es menos, que mantiene severas restricciones al enfrentar problemas sanitarios en comunidades y pueblos indígenas. Este hecho se debe, entre otros, a que los conjuntos sociales de nacionalidades y pueblos indígenas disponen de sus propias tradiciones y formas de mantener la salud y curar la enfermedad. Las restricciones del modelo biomédico no sólo atañen a este segmento importante de la población, sino también a diferentes grupos rurales y urbano marginales que por sus condiciones de pobreza y particularidades culturales han quedado y quedarán permanentemente excluidos de este sistema de intervención.

El modelo biomédico se caracteriza por mantener:

1- Bajas coberturas en relación con la totalidad de la población que demanda sus servicios.

---

<sup>42</sup> Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas

2.- Costos elevados en relación a la capacidad de pago de individuos y familias. No se trata solamente del dinero que se requiere para el pago de la atención y medicinas, sino el que se precisa para las correspondientes movilizaciones desde, y hacia, sus lugares de residencia.

3.- Una permanente inadecuación cultural, porque el proceso de atención al cuidado de la salud y cura de la enfermedad, no contempla las prácticas culturales y cosmovisiones de los usuarios del servicio.

-Inequidad de género y de etnia. Los servicios no disponen de propuestas diferenciales de atención según particularidades de sexo y de cultura.

### **2.5.2.- SITUACIÓN REAL:**

Todo lo que se denomina “ciencia” se ha identificado como la única forma válida de conocimiento. Su sobrevaloración ha excluido a otras formas de saber, denominándolas empíricas, míticas, primitivas: en definitiva, inferiores. Esta visión discriminatoria y etnocéntrica, descalifica a otras maneras de acceder al conocimiento y prácticas en salud. Por ésta razón nuestras medicinas indígenas han sido relegadas a un manejo oculto, ilícito, prohibido.

La baja aceptación del sistema formal de salud en poblaciones indígenas, por otro lado, tiene relación con:

1.- Los pocos esfuerzos por incorporar otros abordajes explicativos de la situación de conservación de la salud y cura de la enfermedad, relacionadas con las costumbres, el uso de prácticas y cosmovisiones que incluyan la dimensión espiritual.

2.- Los procedimientos y metodologías del sistema formal de salud, cuyos avances tecnológicos han sido diseñados desde la perspectiva de la ciencia y cultura occidental, sin considerar otras opciones de conocimiento, saber y valoración.



3.- La globalización del modelo biomédico que ha provocado una disfunción cultural traducida básicamente en una oferta inadecuada e inaccesible del sistema de salud formal.

La desautorización que experimentaron los conocimientos y prácticas de las medicinas tradicionales indígenas, consagró al sistema médico occidental como universal, único, científico y legítimo, impidiendo, por lo mismo, el desarrollo propositivo de nuestras culturas sanitarias diversas, obligándolas a mantenerse en la clandestinidad.

### **2.5.3.- SISTEMAS DE SALUD INDÍGENA**

Las cosmovisiones, conocimientos y prácticas, los recursos diagnósticos, terapéuticos y de sanación de las medicinas tradicionales indígenas, forman verdaderos sistemas de salud. Estas medicinas no formales, recreadas y reproducidas cotidianamente, han generado prácticas holísticas en las cuales sus especialistas han impreso su propia visión del mundo, su propia identidad<sup>43</sup>.

Las diferentes culturas especializaron hombres y mujeres de sabiduría cuya responsabilidad no es sólo de carácter curativo, sino de liderazgo social, político y espiritual. Ellos promovieron la lucha y resistencia a los colonizadores, y mantuvieron intacto (bajo condiciones sincréticas) el respeto y veneración hacia sus Dioses encarnados en la naturaleza viva. Este hecho, sumado al recelo que la medicina formal de occidente manifestaba sobre los sabios indígenas, y a las campañas de extirpación de idolatrías emprendidas por la Iglesia, sustentaron la reiterada persecución de estos sanadores, fenómeno presente hasta el día de hoy.

---

<sup>43</sup> Ministerio de Salud Pública, Las Medicinas Tradicionales

En el Ecuador, el sistema de las medicinas tradicionales indígenas guarda correspondencia con las peculiaridades culturales de sus nacionalidades y pueblos. Visto desde la óptica formal, de ese sistema ha resultado posible obtener componentes gnoseográficos, etiológicos y terapéuticos relativamente comunes. La causa de las enfermedades, en su origen, destino, sentido y condicionantes, se sustenta sobre factores sobrenaturales, naturales y personales. Se mantiene el uso de medios de diagnóstico y recursos terapéuticos propios.

Existe toda una gama de sanadores acreditados por sus propias comunidades: los **Hombres y mujeres de Sabiduría de la Tradición**. Estos terapeutas son llamados Yáchac Taitas (conocedores, sabios) en la nacionalidad Kichwa; Ponelas, en la nacionalidad Tsáchila. En la Amazonía se los conoce como Yagé Unkuki e Inti Paiki (nacionalidad secoya); Uwishines (nacionalidad shuar y achuar); Iroi (nacionalidad huaorani); y Shímano (nacionalidad zápara). En las estribaciones occidentales andinas: Mirukos (nacionalidad chachi). Terapeutas de la región interandina son los Jambic runas (curanderos), Jacuc runas (sobadores), Wachachic (parteras). Es posible destacar otros proveedores de salud: sus denominaciones son propias a las especificidades culturales de los diferentes pueblos indios.

Estos sanadores se hallan empeñados en curar las enfermedades, ofrecer protección, mantener el equilibrio social, y del individuo con la naturaleza, alientan el uso de variadas formas de auto cuidado, promueven estilos de vida más saludables, regulan prácticas riesgosas, aplican formas inocuas de curación. No de otra manera se entiende los altos niveles de aceptación y confianza a sus tratamientos, descritos ya por los cronistas y primeros médicos de la colonia, sino también porque hoy, quinientos años después, habitantes de las ciudades y el campo recurren en primera instancia, una vez instaladas dolencias agudas, a las

distintas variedades de técnicas y procedimientos de la medicina tradicional ecuatoriana<sup>44</sup>.

No obstante, los pueblos y nacionalidades reconocen cuantos logros científicos y tecnológicos sean posibles de utilizar, pero al mismo tiempo, alertan sobre los desequilibrios estratégicos en la producción agrícola, la coexistencia de múltiples formas de la discriminación racial en los servicios, los riesgos de la contaminación ambiental, de la producción industrializada de alimentos (que incluye la adición de sustancias químicas reportadas como peligrosas), las reacciones indeseables o efectos iatrogénicos de los actuales fármacos de síntesis, la creciente disociación de los componentes espirituales, psicológicos y aún orgánicos de la práctica médica actual.

## **2.6.- IMPLEMENTACION DEL SISTEMA INTERCULTURAL DE SALUD EN OTAVALO Y SUS PARROQUIAS**

Dentro del estudio se determino que un proyecto realizado por personal del Área de Salud, del Gobierno Municipal de Otavalo y CARE recomendaba realizar un FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO para mejorar las condiciones de salud del sector rural en función de la que a continuación se detalla:

- 1.- El fortalecimiento del proyecto de reducción de mortalidad materna del Área de Salud No. 4.
- 2.- La capacitación del personal de salud y de parteras tradicionales sobre señales de peligro materno, planes de parto/emergencia familiar.
- 3.- El fortalecimiento al sistema de supervisión facilitadora de actividades de atención materna e infantil del Ministerio de Salud Pública.

---

<sup>44</sup> El Jambi Huasi, Área de salud

4.- Mejorar el sistema de monitoreo de atención materna para identificación de complicaciones obstétricas a nivel local.

5.-El fortalecimiento del plan de transporte cantonal para emergencias obstétricas y pediátricas.

6.- La disponibilidad de transporte para trabajo comunitario.

Evidenciar los nudos críticos sobre todo del sistema de referencia y contra referencia (demora 4 relacionada con la calidad de la atención para emergencias obstétricas) entre sub centros de salud y hospital cantonal. El talón de Aquiles es emergencia lo cual sugiere que hay que tratar de mejorar el servicio puesto que es la puerta de entrada para sostener la credibilidad de la comunidad y los sub centros.

Disponibilidad de material educativo sobre señales de peligro materno y planes de emergencia familiar para el total de comunidades del área de influencia de ocho unidades de salud.

Mejorar el nivel de conocimientos de líderes, parteras y esposos de mujeres embarazadas sobre signos de peligro materno y planes de emergencia familiar.

Incrementar la coordinación inter institucional entre Gobierno Municipal, Área de Salud No. 4 y Dirección de Salud de los Pueblos Indígenas de Imbabura para los procesos de capacitación de parteras tradicionales.

Empoderar al GMO y Área de Salud en la aplicación de estrategias para disminuir las tres primeras demoras: demora en reconocer signos de peligro, demora en

tomar decisiones oportunas y demora en llegar a un servicio de salud (transporte sobre todo).

Incrementar el acercamiento entre sub centros de salud, Gobierno Municipal (transporte de emergencias) y la comunidad, y entre comunidades para el manejo oportuno y apropiado de emergencias obstétricas.

Incrementar la credibilidad de las comunidades frente a las acciones ejecutadas de manera coordinada entre el GMO, Área de Salud No. 4, Dirección Provincial de Salud de Pueblos Indígenas de Imbabura y CARE.

Evidenciar que todavía la decisión para llevar al hospital recae en los esposos de las mujeres embarazadas.

Mostrar la debilidad del manejo del idioma local al momento de la comunicación entre personal de salud y comunidad.

## **SISTEMA DE RADIO COMUNICACIÓN**

A través del proyecto se logro que la Municipalidad apoyará a la reactivación de sistema de radio de salud cantonal, con lo cual 13 sub centros de salud, el hospital cantonal, la ambulancia del hospital, el Gobierno Municipal y 5 comunidades están interconectadas para resolver situaciones que afecten la salud de la población más vulnerable.

Las radios comunitarias están permitiendo mejorar la organización comunitaria, de líderes, parteras, familias y embarazadas para la toma de decisiones sobre emergencias obstétricas.

La radio está mejorando la comunicación entre las cinco comunidades, sobre todo de las parteras para ínter consulta de mujeres embarazadas.

De acuerdo a expresiones de la comunidad, la radio es un medio de comunicación rápido para solicitar ayuda y tener una respuesta efectiva, y así evitar muertes maternas, pediátricas o de otro grupo de edad.

## **PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR**

Existe un incremento del nivel de conocimientos sobre señales de peligro materno de mujeres embarazadas y MEF en relación a la línea de base.

Los signos de peligro más relevantes son sangrado vaginal, dolor de cabeza, visión borrosa/desmayo, dolor abdominal y fiebre.

El 100% de mujeres embarazadas cuentan con planes de emergencia familiar e identifican la importancia de tener dinero, un transporte e ir al hospital en caso de complicaciones obstétricas.

A decir de las mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil, esposos de mujeres embarazadas, líderes y parteras, la referencia al hospital cantonal es importante para resolver complicaciones obstétricas; sin embargo todavía existe desconfianza

de acudir a este centro hospitalario por la calidad de atención recibida en el área de emergencia y el idioma.

El material educativo ha sido de fácil comprensión y útil como complemento a la educación y comunicación individual y comunitaria.

Aumentar el nivel de resolución desde la comunidad en relación a complicaciones obstétricas.

Los medios de comunicación sobre todo a través de radio emisoras han permitido fortalecer las actividades educativas tanto en las cinco comunidades como en el resto del cantón.

#### **2.6.1.- RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DE LA RED DE SALUD COMUNITARIA EN EL AREA No 4**

1.-Para asegurar la sostenibilidad de las acciones iniciadas y tomando en cuenta las recomendaciones de las comunidades respecto al fortalecimiento de los conocimientos adquiridos en el corto tiempo del proyecto; se recomienda que se continúe estas acciones desde la Municipalidad con la finalidad de:

- a.- Fortalecer el trabajo en los sub centros y comunidades actuales.
- b.- Ampliar el ámbito de acción a nivel cantonal.
- c.- Implementar el COE con la finalidad de reducir o eliminar la cuarta demora.
- d.- Desarrollar una metodología de participación comunitaria en el primer nivel de atención de los servicios de salud.

2.- Mantener los compromisos adquiridos por el Gobierno Municipal en el convenio con CARE, para garantizar la sostenibilidad de las acciones emprendidas en la comunidad, como:

a.- La reproducción de materiales educativos sobre señales de peligro materno y planes de emergencia familiar adaptados a la cultura local.

b.- La transmisión de cuñas radiales a través de radio Ilumán y Radio Armonía (en kichwa y castellano), así como por la televisión, en el programa municipal “Otavalo Informa”.

c.- El funcionamiento y mantenimiento del sistema de radio cantonal de salud entre hospital, ambulancia, sub centros de salud y comunidad.

d.- El transporte para emergencias obstétricas y pediátricas, así como para trabajo comunitario (charlas educativas y visitas domiciliarias) del personal de salud.

e.- Dotar de recurso humano para continuar con el trabajo comunitario iniciado en este proyecto, que permita la interrelación entre comunidades y sub centros de salud.

f.- Involucrar al Departamento de Participación Ciudadana de la Municipalidad en acciones de coordinación y participación comunitaria, así como en el conocimiento de señales de peligro materno y planes de emergencia familiar.

3.- Incrementar el nivel de compromiso de la Jefatura de Área de Salud respecto a:

a.- La provisión oportuna de suficiente cantidad de medicamentos e insumos médicos.

b.- Mantener el sistema de recolección de información sobre la identificación de complicaciones obstétricas y actividades de consejería y charlas educativas generadas durante la vida del proyecto.

c.- Mantener la supervisión facilitadora a los sub centros de salud de manera mensual para garantizar el monitoreo y la retroalimentación del personal.

d.- Visitas trimestrales a las comunidades para asegurar el funcionamiento y mantenimiento permanente de las radios de comunicación, así como el uso de la misma por parte de la población beneficiaria.



e- Garantizar la buena calidad de atención (sobre todo el buen trato al paciente) en el área de emergencias del hospital cantonal con la finalidad de generar mayor confianza de la comunidad hacia este servicio de salud en la resolución de problemas obstétricos.

4.- Mejorar la calidad de la atención en las áreas de consulta externa, emergencia y hospitalización del hospital cantonal, mediante la ejecución de un plan de mejora continua de la calidad que incluya el Cuidado Obstétrico de Emergencia “COE”.

5.- Mejorar el sistema de referencia y contra referencia entre sub centros de salud y hospital cantonal, incluido el sistema de información estadística, que permita rescatar la información existente sobre la resolución del problema referido así como monitorear si se efectuó o no la contra referencia respectiva.

6.- Mejorar las habilidades de comunicación en kichwa del personal de salud, mediante capacitaciones formales que no afecten el horario normal de atención de las unidades de salud y con el apoyo del Área de Salud.

7.- Fortalecer las habilidades del personal de salud en COE básico, comunicación en salud, consejería personalizada y servicio al cliente.

8.- Desarrollar un manual técnico de COE en kichwa para profesionales de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y obstétricas).

9.- Mantener el stock de material educativo para consejería sobre señales de peligro y las seis limpiezas (material visual).

10.- Mantener el compromiso demostrado por el personal de salud respecto a las visitas comunitarias para reuniones y visitas domiciliarias.

11.- Los cabildos deben apoyar al trabajo desarrollado por el personal de salud promoviendo la participación de la comunidad cuando se efectúen charlas educativas o visitas domiciliarias.

12.- Comprometer a los cabildos para que socialicen a toda la comunidad sobre la existencia y funcionamiento de las radios instaladas, así como elaborar una reglamentación para el buen uso y mantenimiento de las mismas.

13.- Fortalecer el trabajo comunitario mediante la implementación de planes de emergencia comunitaria.

14.- Incrementar la sensibilización de líderes y de esposos de mujeres embarazadas respecto a la importancia de identificar señales de peligro materno, la aplicación de planes de emergencia familiar y el traslado oportuno de las mujeres embarazadas a los hospitales.

15.- Incluir al sector educativo (maestros de escuelas y colegios) en la difusión de mensajes relacionados con señales de peligro materno y plan de emergencia familiar en las comunidades.

16.- Fortalecer la habilidades de las parteras tradicionales mediante capacitación formal (en Otavalo) y comunitaria en: atención durante el embarazo, atención del parto, atención de la mujer en el post parto, cuidado del recién nacido y planificación familiar. Se recomienda que esta capacitación sea dada en cinco módulos, por grupos, por niveles de conocimientos y por área geográfica.

17.- Implementar un sistema de referencia comunitario que permita el traslado oportuno a los sub centros de salud y hospital cantonal.

18.- Facilitar a las parteras un botiquín para atención de parto normal, que incluya de ser posible clamps para cordón umbilical.

19.- Mejorar el sistema de transporte de emergencias obstétricas que garantice el traslado oportuno y eficiente de las mujeres al hospital cantonal.

20.- Conformar comités de usuarias que se enfoquen en la aplicación de sus derechos y responsabilidades en salud, así como en la vigilancia de la calidad de la atención ofrecida por los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública. Para ello se recomienda capacitar a los comités de usuarias no solamente en los beneficios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, sino también en derechos y responsabilidades en salud, derechos sexuales y reproductivos, calidad de la atención y veeduría social. La existencia de estos comités debe generar una mayor participación de mujeres embarazadas en actividades relacionadas con la maternidad saludable y garantizaría el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Maternidad Gratuita.

Con ello se pudo poner énfasis en una mayor cobertura en los sub centros de salud en especial incorporando principios y atención directa de medicina tradicional y saberes populares bajo lo que la ley hoy establece en Medicina Alternativa y que por lo tanto se implementa en el sub centro de Salud de Ilumán.

#### **2.6.2.- PRINCIPALES CONCEPCIONES PARA LA IMPLENTACION DE LA SALUD INTERCULTURAL**

Los participantes de la institución Jambi Huasi, Área de Salud de la Federación indígena y Campesina de Imbabura (INRUJTA - FICI) señalaron: "la medicina

tradicional es el conjunto de prácticas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y valorativas en las que confluyen y se expresan los conocimientos, saberes y valores que reconocen en las tradiciones y en el proceso cultural de los pueblos no occidentales sus referentes racionales y simbólicos. Estas prácticas están diversamente articuladas con los saberes procedentes de la medicina occidental y constituyen respuestas que buscan el equilibrio del ser como totalidad"<sup>45</sup>.

Así mismo señalaron, que como organización indígena han construido para su manejo el siguiente concepto de salud de la medicina kichwa “la salud no se limita a la ausencia de dolor o enfermedad sino a la armonía y el equilibrio interno de la persona, la familia, la comunidad, naturaleza y el cosmos; es decir, una realización integral del ser humano, dentro del universo.

## **PRACTICANTES**

La información proporcionada por la Organización Jambi Huasi (Área de Salud de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura) en Ecuador, señaló que en el país no existe un registro de terapeutas tradicionales.

Las principales especialidades de los terapeutas y la participación femenina en dichas especialidades son:

- 1.- Especialidades Participación femenina
- 2.- Yachac o samayuc (Muscuc, Pucuc, Ricuc) 5%
- 3.- Fregador o sobador 20%
- 4.- Partera o Mamahua pacarichic mama 90%
- 5.- Hierbateros 50%

El porcentaje que la organización proporcionó está estimado en forma empírica, debido a que no existen datos estadísticos.

---

<sup>45</sup> Médicos sin fronteras – España MSP

En el país existen asociaciones que agrupan a los terapeutas tradicionales las que operan en el ámbito regional y local y han sido generadas por iniciativa del Estado, a partir de las organizaciones indígenas y otras.

Los objetivos de estas asociaciones son:

- a) Servir a las poblaciones indígenas y otros sectores, sin excepción de personas ni razas.
- b) Promover servicios de salud indígena, ya sea en el ámbito provincial, nacional e internacional.
- c) Difundir la importancia de los sistemas de salud kichwa a nivel local, nacional e internacional.
- d) Compartir experiencias y conocimientos entre yachaccuna procedentes de distintos lugares.
- e) Colaborar con las instituciones privadas o estatales y organizaciones existentes en los programas o proyectos de salud.
- f) Recuperar todas las manifestaciones culturales milenarias (lengua, vestidos, costumbres, tradicionales, música, danza, y sabiduría indígena, etc.).
- g) Fomentar una cultura de la salud basada en el conocimiento y el uso de plantas medicinales y en otros recursos locales.
- h) Luchar para que las comunidades puedan gozar de los servicios de atención tanto en medicina tradicional como occidental.
- i) Defender los recursos naturales y la reforestación del medio ambiente.
- j) Propender a la revalorización y desarrollo de los sistemas médico- sanitarios de las comunidades kichwa, con el objeto de formular modelos explicativos alternativos en torno a los problemas de salud y enfermedad.

k) Crear una línea participativa de investigación-acción de los diferentes principios fitoquímicos de los productos que se usan en las medicinas tradicionales.

l) Generar nuevas propuestas metodológicas que promuevan la participación activa de distintos sectores de la comunidad en el mejoramiento de la calidad de vida, insertando el papel de la cultura en el movimiento de la sociedad, es decir, en su vida organizativa, mejorando su capacidad de gestión y de consecución de los servicios básicos como un derecho.

m) Recuperar la armonía hombre-naturaleza (fortaleciendo su ciclo biológico, salud, nutrición, agricultura, medio ambiente) suscitando una nueva visión que incorpore el sentido de lo sagrado a los planteamientos ecológicos.

n) Motivar la organización permanente de encuentros que revitalicen el saber de las medicinas tradicionales a escala local, regional, nacional e internacional.

o) Impulsar la capacitación de facilitadores en comunicación de medicinas tradicionales, a través de un aprendizaje recíproco con agentes de salud de los sistemas tradicionales y oficiales.

p) Proteger a la población indígena de la persecución y organizarlos corporativamente

q) Fortalecer la capacidad propositiva de la organización indígena para generar iniciativas y empujar procesos de coordinación intra e inter sectorial.

r) Proteger los espacios ganados a través de las elecciones populares, mediante la intervención de los diputados.

En el país existen instituciones públicas y privadas que promueven el desarrollo de la medicina tradicional, las más representativas son Jambi Huasi, ubicada en la calle Guayaquil y Colón en la ciudad de Otavalo; la Escuela de Educación y Cultura Andina (EECA); Fundación Tsunki, Sucua-Morona Santiago.

Los objetivos que persiguen estos organismos son: en el caso de Jambi Huasi se mencionan en el párrafo anterior; de la EECA es promover la investigación en salud; de la Fundación Tsunki, es la formación de terapeutas shuar.

## **INSTITUCIONES DE INVESTIGACIÓN**

En Ecuador existen instituciones de investigación encargadas del tema de la medicina tradicional. La capacidad de negociación que tienen estas asociaciones ante las autoridades es media. En lo particular la organización Jambi Huasi (Área de Salud de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura), tiene capacidad de negociación y de presión que van desde negociaciones en mesas de concertación hasta la denuncia por los medios de comunicación y las movilizaciones comunitarias.

Las organizaciones más importantes son: la Universidad Andina “Simón Bolívar”, Jambi Huasi de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura; EECA; la Universidad de Cuenca, la Facultad de Medicina; el Centro de Desarrollo Comunitario, (CEDECO); Fundación TSUNKI, en la Amazonía (Chocar).

Estas entidades cuentan entre sus distintas acciones las de investigación.

Apoyos nacionales y extranjeros El presupuesto asignado para su desarrollo o investigación con que cuenta la medicina tradicional o algunas áreas de ella, es para apoyar a investigaciones operativas puntuales o específicas, que deben tener objetivos muy específicos.

Dentro de los organismos que apoyan los proyectos relacionados con la medicina tradicional se encuentran Las Naciones Unidas, la OPS y algunas ONGs interesadas en el tema de salud alternativa. La OPS, brinda apoyos puntuales.

Los terapeutas tradicionales no reciben apoyo económico de ninguna institución pública, por lo tanto, es común que se realicen investigaciones donde utilizan la información proporcionada por los terapeutas indígenas. No hay un reconocimiento justo y de provecho para ellos. Por parte del Estado no hay ningún reconocimiento.

### **CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCIÓN**

Dentro de la amplia gama de enfermedades que actualmente aquejan a las poblaciones, existen padecimientos y enfermedades que son entendidas dentro de ámbitos culturales específicos. Por lo tanto, en este apartado se pretende mostrar la variedad de padecimientos más frecuentes y la caracterización de las causas por las cuales la población demanda los servicios de los médicos tradicionales. Se muestran además enfermedades definidas por el sistema biomédico y algunas que son características de la medicina tradicional, con particular énfasis en las 10 principales causas, y se señalan algunos aspectos que influyen en el desarrollo de las enfermedades según la perspectiva de los participantes.

Las 10 causas de enfermedad o padecimientos más frecuentes en zonas urbanas de Ecuador según el participante son enfermedades cardiovasculares; artropatías; hipertensión arterial; enfermedades ácido-pépticas; depresiones; accidentes de tránsito; accidentes laborales; infecciones respiratorias; infecciones digestivas y tuberculosis.

En las zonas rurales son enfermedades respiratorias; enfermedades diarreicas; tuberculosis; patología gineco-obstétricas; sepsis puerperal; accidentes laborales; hipertensión arterial; síndrome depresivo; enfermedad ácido péptica; infecciones del tracto urinario y desnutrición.



Las razones por las que se acude con terapeutas tradicionales en zonas urbanas son debido al costo de los medicamentos; una nueva alternativa de tratamiento; padecimientos psicológicos; curiosidad; una atención integral; la relación terapeuta-paciente; tratamiento del ser integral y no por órganos o sistemas; enfermedades crónicas; falta de mejoría con la medicina occidental; resultados obtenidos con la medicina tradicional indígena; adquisición de energía positiva y mejoramiento de situación de vida (suerte).

En las zonas rurales las razones son la confianza que le tienen al Yachac que hace que se rebasen las distancias y diferencias; porque por lo general los terapeutas son la comunidad, familiares; el costo de los medicamentos; porque las plantas medicinales están al alcance de los pacientes; por el idioma; porque la mayoría siente que lo natural es lo mejor; por la cosmovisión de cada pueblo de entender el proceso de salud/enfermedad; por el trato discriminatorio que reciben en los centros de salud estatal; por la forma como interpretan las enfermedades; por enfermedades crónicas.

## **MEDICINA POPULAR Y CASERA**

Este bloque trata de la definición que los participantes del proyecto tienen de la medicina popular y casera. Es importante destacar que los conceptos que se tienen en torno a estos fenómenos, son de gran utilidad para ayudar a entender la ubicación de la medicina tradicional, ya que ambos tipos de prácticas (popular y casera) pueden ser consideradas como asociadas a ella. Por otro lado, se muestran factores que permiten identificar algunos de los vínculos existentes entre este grupo de prácticas médicas<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas DNSPI

Los participantes de Ecuador señalaron que la medicina popular o casera es aquella práctica terapéutica donde se cuenta con recursos disponibles dentro del ámbito local. Estas prácticas son empleadas culturalmente para brindar una atención de salud primaria, por otra parte ésta se lleva a cabo dentro del hogar o entre familiares y vecinos.

Cabe señalar que dichos recursos terapéuticos se ponen en práctica bajo ciertas circunstancias, por ejemplo, en momentos o manifestaciones que ameriten la necesidad de contrarrestar algún malestar leve y prevenirlo para que no sea mayor el mal. Estas prácticas son empleadas cuando se presentan casos de emergencia o se sufre algún quebrantamiento general de salud. Algunas medidas son de tipo calmante o paliativo y los recursos son de fácil acceso para los usuarios, pero cuando fallan los remedios empleados, es común que se acuda a los sub centros de salud estatales o en donde algún terapeuta indígena conocido esté presente

## **FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LOS TERAPEUTAS TRADICIONALES**

En esta sección se presenta la información relevante para conocer los aspectos que caracterizan la formación de los terapeutas tradicionales y brinda elementos para entender la dinámica que permite su práctica. Incluye datos sobre la formación y desarrollo de los terapeutas tradicionales, de los organismos que apoyan su formación, de cómo se imparte la enseñanza de la medicina tradicional a nuevos terapeutas, de los espacios con los que se cuenta para la práctica de la medicina tradicional, de las regiones donde se identifica particularmente el uso de la medicina tradicional.

En Ecuador la institución que ha participado en la enseñanza de los conceptos de la medicina tradicional a personas interesadas en el tema es la Universidad Andina

“Simón Bolívar”. Esta institución es privada y se encuentra ubicada en la ciudad de Quito.

Las modalidades educativas con las que cuenta es: diplomado, seminarios, talleres y reuniones.

Para llevar a cabo la práctica de la medicina tradicional en Ecuador existen ONGs como la Casa de Salud “Jambi Huasi” de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura.

Las regiones del país que son reconocidas por el uso frecuente de la medicina tradicional son: en la costa ecuatoriana, Santo Domingo de los Colorados con los Sáchilas; en la sierra, los más conocidos son los Yachac de Ilumán y Otavalo, y en el oriente, los Cofanes.

Generalmente no se ofrece capacitación sobre el tema de la medicina tradicional al personal de los servicios oficiales de salud.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES EN MEDICINA TRADICIONAL**

En este apartado se describen algunas técnicas diagnósticas de la medicina tradicional que se practican en diferentes países de América Latina y el Caribe. Se puede observar que se cuenta con dos tendencias bien marcadas, una de base espiritual o mística y otra se dirige más hacia el uso de plantas medicinales y otros recursos. Por otro lado se explora el uso de tecnología moderna para el diagnóstico y práctica de la medicina tradicional.

En la Sierra Norte algunas de las principales técnicas tradicionales de diagnóstico que los terapeutas tradicionales del país emplean con más frecuencia son:

- a) Limpia con Cuy- (conocida también como cobayo o curiel)
- b) Limpia con Vela
- c) Limpia con Huevo
- d) Observan la orina - Muestra de orina en recipientes transparentes
- e) Examen físico (observaciones de los ojos y cara y mediante el tacto)
- f) Limpia con piedras sagradas
- g) Sueños Los participantes de Ecuador comentaron que nunca se emplea tecnología moderna (por ej., uso de estetoscopio, tensiómetros, etc.) dentro de la práctica de la medicina tradicional de su país para realizar diagnósticos.

## **RITUALES TERAPÉUTICOS**

Dada la importancia de los procesos rituales en la medicina tradicional, en esta sección se revisan los principales rituales de la Región, los elementos que se usan en su desarrollo y los símbolos que se manejan con relación a seres divinos, dioses, santos, etc. que se presentan como los más representativos de la práctica terapéutica ritualista. Se describe también el empleo de altares y su composición con relación a los diferentes elementos involucrados.

También se señala la relación de la medicina tradicional con la religión. En Ecuador los rituales o ceremonias terapéuticas que son frecuentes en la práctica de la medicina tradicional del país son: rituales de limpieza donde se utilizan silbidos, sonidos, cánticos, dichos y llamadas a los cerros o buenos espíritus. Entre ellos se pueden nombrar el ritual del baño sagrado (en fiestas sagradas como el Inti Raymi); el rito de Huaccha Caray.

Los elementos que se emplean con más frecuencia en estos rituales o ceremonias son: ramos de flores; agua bendita; colonia; huevo; ramos de los montes apropiados para cada caso; ramas para la limpieza; cigarrillos (tabaco); lanzas de chonta; piedras sagradas; collares; rosarios; crucifijo; imágenes; velas; trago;

grasas de animales sagrados; imanes. Los terapeutas utilizan ropa blanca como símbolo de fortaleza y de energía positiva<sup>47</sup>.

Dentro de la medicina tradicional de Ecuador los símbolos de la naturaleza, seres divinos, dioses, santos, etc. más representativos de la terapéutica del país son: piedras que tienen poder y que representan la energía de determinado monte o cerros en los cuales fueron encontradas. Las piedras sagradas existen de diferentes colores, tales como: el color blanco que representa esperanza, que va mantener la fuerza del paciente, sirve para limpiar todas las maldades.

Por su parte, soplar el humo del cigarrillo, o alcohol, representa el paso de la energía positiva y de la fortaleza al paciente en tratamiento. El uso de lanzas de chonta es para demostrar que se está fortaleciendo espiritualmente al paciente, como fuente de defensa contra las energías negativas (es como llevar un amuleto).

En cuanto a las plantas, se utiliza la ortiga, que significa que al tener contacto con el cuerpo del paciente va abrir los poros de la piel por donde va a salir la energía negativa. El matico por su olor hace alejar los malos espíritus o energías y ayuda a tener el cuerpo limpio. En cuanto a la relación que la medicina tradicional guarda con la religión establecida o con otras religiones, es de la siguiente manera: Dentro de la medicina tradicional se emplean altares dentro del hogar del terapeuta para efectuar curaciones. Estos altares se componen de elementos y objetos tales como piedras sagradas; crucifijos; rosarios; imágenes; flores del campo (con significados); huevos; colonia, bebidas alcohólicas (especialmente el “puro”) agua bendita, cristales o algunos metales en algunos casos.

---

<sup>47</sup> Fernández G. Salud e interculturalidad en América Latina

Con la religión católica mediante la oración, el uso de imágenes y santos a los cuales ponen velas. La invocación de los santos de la iglesia; el uso del rosario, el agua bendita para las limpiezas y bendiciones. Con la mediación del sacristán hay que pagar a los dioses que hacen el mal en el caso de la brujería.

## **EVENTOS DE MEDICINA TRADICIONAL**

El intercambio de información es un factor importante para el desarrollo y la difusión de la medicina tradicional. En esta sección se hace relación de los eventos y actividades de trabajo que hay en cada país mencionado por los informantes, así como de las instituciones encargadas de su organización y los alcances y objetivos que buscan cumplir.

De los eventos de medicina tradicional realizados en Ecuador los cinco más representativos son:

- 1.- Primer Encuentro Plurinacional YACHACS, realizado del 28 de noviembre al 1ro de diciembre de 1996 en Peguche. Jambi Huasi – OMAERE.
- 2.- Encuentro de Yachac organizado por la Ecuarunari, 1997.
- 3.- Encuentro de Yachac - Mamos. “Medio Ambiente y Cosmovisión Indígena”, Ecuador – Colombia. Peguche 28 – 29 octubre; Quito 30 y 5 de noviembre; Puyo 31 de octubre al 4 de noviembre 1995.

Otros eventos de medicina tradicional que se llevan a cabo en el país por organismos no gubernamentales, son los organizados especialmente por la Universidad Andina Simón Bolívar, que ha institucionalizado un Taller de Medicinas Tradicionales y Alternativas que reúne a personas cuyas preocupaciones académicas, investigativas o de servicios van en esta dirección. El taller tiene una periodicidad mensual.

## **RECURSOS TERAPÉUTICOS: MEDICAMENTOS Y PLANTAS MEDICINALES**

En este rubro se muestra la amplia variedad de plantas de cada país. Los cuadros que se utilizan para tal fin presentan el nombre local y genérico, su uso y la parte de la planta utilizada. Asimismo, se listan otros recursos terapéuticos además de las plantas medicinales.

De igual forma se señalan los mecanismos de prevención, control y cultivo de plantas medicinales. Por último también se hace mención a la combinación de técnicas terapéuticas tradicionales con alópatas y con otras medicinas de otras regiones del mundo.

Las plantas medicinales que más se emplean en Ecuador son:

Nombre local Uso Parte Utilizada

- 1 Manzanilla Dispepsia Toda la planta en especial hojas y flores.
- 2 Toronjil Antiinflamatorio Las hojas
- 3 Cedrón Anti estrés, antiinflamatorio Hojas
- 4 Hierva Luisa Antiinflamatorio Toda
- 5 Hierva menta Antiinflamatorio Toda
- 6 Anís de campo Saborizante, dispepsias Toda
- 7 Arrayán Antigripal (vaporizaciones) Hoja
- 8 Eucalipto aromático Antigripal (vaporización) Hoja
- 9 Menta Antigripales Toda
- 10 Orégano Antiinflamatorio Hoja
- 11 Paicotaro Obstétricos (ayuda en el parto) Toda
- 12 Eucalipto de campo Antiinflamatorio Hojas y raíces
- 13 Culantro Dispepsia Toda
- 14 Matico Desinfectante Hoja

- 15 Caballo chupa Diurético Toda
- 16 Sauco Dermatológico (sarnas) Sumo
- 17 Marco Desinfectante Toda
- 18 Ortiga Reumatismo, diurético Hoja
- 19 Alfalfa Hematológico (Sd. Anémico) Toda
- 20 Llantén Antiinflamatorio Hoja
- 21 Juyanguillo
- 22 Taraxaco o diente de león
- 23 Tigrasillu
- 24 Ayahasca
- 25 San Pedro

Otros de los recursos o técnicas que se emplean para la práctica terapéutica de la medicina tradicional en Ecuador son: el uso de inciensos, cremas tópicas, pastillas (específicos), saunas (con plantas medicinales), masajes, succión, dígito puntura, ventosas.

Las instituciones que fomentan la protección, control y cultivo de plantas medicinales en Ecuador son: Jambi Huasi, OMAERE (privadas).

En Ecuador ocasionalmente se combina la práctica de la medicina tradicional con la de la medicina alópata, por ejemplo algunas veces se emplean medicamentos de patente en combinación con plantas (Finalín, terramicina) pero generalmente es de acuerdo al tratamiento.

Con relación a la combinación de la medicina tradicional con terapias de otras culturas, el participante afirmó que los terapeutas usan elementos como las flores de Bach, la cuarzo terapia, la acupuntura etc., se indica que “las técnicas antes mencionadas pueden empatar con las técnicas orientales como son la moxibustión, ventosas, dígito puntura, pero son técnicas que utilizan por un conocimiento propio, no por aprendizaje de otras culturas”.



## **REGISTRO DE MEDICAMENTOS Y PLANTAS MEDICINALES**

Como un complemento al apartado anterior, en esta sección se revisa la existencia de registro de plantas medicinales, los lugares de comercialización, la existencia de controles para la venta y recolección de plantas medicinales, la existencia de especies vegetales utilizadas por la medicina tradicional en la lista oficial de las instituciones de salud, y la legislación sobre patentes y exportación de plantas medicinales.

En Ecuador se cuenta con un registro de plantas y medicamentos de medicina tradicional, el cual está organizado por una organización llamada: Eco ciencia, Editorial Abya Yala.

Este registro está organizado de acuerdo a las regiones del país y a los usos terapéuticos que se les da a las plantas medicinales.

Los medicamentos o remedios tradicionales se venden en mercados y tiendas especializadas, también se venden como preparados, hechos por los mismos terapeutas.

Muchos artículos son expendidos por vendedores ambulantes. No existe control en la venta y recolección de plantas o productos de origen natural.

Es común que las mismas personas que se dedican a la práctica del tratamiento de plantas medicinales se dediquen también a la venta, recolección y venta en el mercado abierto.

También existen empresas que fabrican medicación naturista. Algunas traen productos de otros países como por ejemplo de Colombia.

En Ecuador no existen remedios de la medicina tradicional en la lista esencial de medicamentos de las instituciones oficiales de salud. Tampoco existe exportación hacia otros países de remedios o medicamentos de la medicina tradicional del país.

Existen medicamentos o remedios de medicina tradicional que cuentan con patente, estos productos son manejados por empresas farmacéuticas transnacionales. Algunos de estos productos son: sangre de drago, ayahuasca, uña de gato, quinua, pero pueden ser más.

Los participantes de Ecuador manifestaron desconocer qué trámite se sigue para obtener la patente de un medicamento o remedio casero.

## **INTERACCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL CON LA MEDICINA OFICIAL**

Debido a existencia de la interacción continua, pero no siempre aceptada, que existe entre la medicina tradicional y el sistema biomédico oficial, en este apartado se señalan las variantes que presenta dicha interacción en la Región. Se enfatizan las formas específicas en la que se manifiestan estos vínculos, la existencia de programas específicos para fortalecer dicha vinculación, el estatus actual de la relación, y las áreas, urbanas o rurales, donde la medicina tradicional es más utilizada<sup>48</sup>.

La vinculación que se da entre la medicina tradicional con la atención de la salud de la población del país, es mediante instituciones privadas y ONGs. Por ejemplo en el área de salud, Jambi Huasi.

---

<sup>48</sup> Proyecto de Ley, Las Medicinas tradicionales

La relación que hay entre la medicina tradicional con la medicina oficial es de tolerancia.

Al respecto, a pesar de que la medicina tradicional no recibe el reconocimiento, se le tolera para que siga efectuando su práctica.

El empleo de la medicina tradicional en zonas urbanas se puede considerar que es poco.

Sin embargo, se está convirtiendo en un fenómeno en los últimos años y la gente se está interesando cada vez más por la medicina tradicional.

A diferencia de lo que sucede en zonas urbanas, en las regiones rurales se emplea en gran medida la medicina tradicional para la atención de la salud de la población.

## **PARTO VERTICAL**

El parto vertical es una técnica de la medicina ancestral indígena usada por las parteras en los sectores rurales de la urbe. La idea de incrementar este servicio es evitar la muerte prematura de los niños y sus madres por falta de atención médica personalizada; además brindar asistencia a las mujeres indígenas que por temor, vergüenza y diversos factores, no acuden al hospital.

## **RESISTENCIAS A LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO**

- 1.- Temor al corte
- 2.- Temor al frío
- 3.- Pudor
- 4.- Temor a la camilla (alta y angosta)
- 5.- Maltrato, discriminación
- 6.- Lenguaje técnico

- 7.- Códigos culturales diferentes
- 8.- Exigencias de levantarse rápido

### **RIESGOS EN LA ATENCIÓN TRADICIONAL DESDE LA VISIÓN MÉDICA**

- 1.- Falta de higiene e iluminación
- 2.- Falta de concepto de riesgo/complicaciones
- 3.- No control del trabajo de parto
- 4.- “Manteada”
- 5.- Muchas personas en el parto
- 6.- Corte con elemento sucio
- 7.- Desgarros frecuentes, no control de sangrado
- 8.- Falta de atención inmediata del recién nacido
- 9.- Limpieza insuficiente de ojos
- 10.- Tardío contacto con el bebé

### **POSICIÓN:**

- 1.- Permitir cambios de posición durante el trabajo de parto (evitar endovenosos “preventivos”)
- 2.- En caso de que no haya contraindicación, permitir durante el expulsivo la posición que elija la gestante.
- 3.- La posición vertical, es más factible en caso de multíparas y mujeres sin riesgo aparente.
- 4.- Uso de colchonetas en el piso o sillas bajas (junto a elementos para el sostén de la parturienta)

### **PLACENTA:**

- 1.- Informar a la gestante y/o familiar, que si lo desean se les puede hacer entrega de la placenta

2.- En caso de que el servicio de salud elimine la placenta, nunca mostrar que se ha eliminado a un tacho de basura, chata, etc.

### **LÍQUIDOS:**

- 1.- Después del parto, permitir el consumo de líquidos (infusiones) que la gestante o familiar elija
- 2.- La partera puede decidir el tipo de líquido a administrar
- 3.- Disponer de cocina para calentar los líquidos
- 4.- Las parteras pueden suministrar las plantas medicinales que habitualmente se administra a la parturienta
- 5.- Podrá organizarse un pequeño botiquín con estas plantas medicinales

### **AMBIENTE:**

- 1.- Evitar ambientes muy amplios, privacidad
- 2.- Evitar excesiva luz en el ambiente, especialmente durante el trabajo de parto.
- 3.- Hacer uso de luz indirecta.
- 4.- Evitar ropa de cama blanca. La gente andina prefiere colores intensos.
- 5.- Evitar objetos metálicos en el ambiente (mesas de noche, camas)

### **ALIMENTACIÓN:**

- 1.- Permitir el consumo de alimentos que culturalmente estén indicados, siempre y cuando no hayan contraindicaciones médicas.
- 2.- Evitar ayunos prolongados, especialmente después del parto.
- 3.- Es preferible dar alimentos calientes

## **PRESENCIA DE UN FAMILIAR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:**

Contar con el apoyo de un familiar durante el trabajo de parto mejora los resultados del mismo.

## **MEJORES PRÁCTICAS: TRABAJO DE PARTO Y PARTO**

1.- Utilizar métodos no invasivos y no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto (masaje, técnicas de relajación, etc.)

2.- Ofrecer líquidos por vía oral durante todo el trabajo de parto y el parto

3.- Posición durante el trabajo de parto y el parto:

a.- Permitir libertad de posición y de movimiento durante el trabajo de parto y el parto

b.- Promover cualquier posición no supina:

– Acostada de lado

– De cuclillas

– De manos y rodillas

– Semisentada

– Sentada

## **CAPITULO III**

### **3.- METODOLOGIA DEL ESTUDIO**

#### **3.1.- TIPO DE ESTUDIO:**

En este estudio se implemento un proceso descriptivo, mismo que permite analizar para lograr la caracterización objeto del estudio o una situación concreta, señalando sus características y propiedades, que en el presente caso era determinar la necesidad de implementar y constituir la red comunitaria con enfoque intercultural, para el sistema de referencia y contra referencia en el sub centro de salud de la parroquia rural de Ilumán, ya que por prácticas y conocimientos en una población mayoritariamente indígena, no se había establecido este modelo y que es fundamental para mejorar el servicio de salud conforme lo estipula la ley de salud y la constitución ecuatoriana.

#### **3.2.- DISEÑO DEL ESTUDIO**

Por la característica del estudio se plantea enfrentarlo desde un enfoque cualitativo, investigación que es flexible desde la realización del estudio o desde el trabajo de campo su naturaleza está dada en cuanto se remite a textos, narraciones, significados y en particular por que se interpreta las concepciones de las personas que participan desde sus contextos socio-culturales ya que la problemática planteada es factible de solucionarlo desde los análisis subjetivos, que permite la aplicación de una lógica inductiva, que como se había planteado en el presente estudio es el de análisis y síntesis, en el que se manejan juicios en un proceso de conocimientos que se inicia por la identificación de cada una de las

partes que caracteriza una realidad, con la cual se puede establecer la relación causa efecto entre los elementos que componen el objeto de la investigación y a partir de ello sintéticamente podemos considerar al objeto de la investigación como un todo, y la interrelación de los elementos que identifican el objeto a fin de poder afianzar el objeto de nuestra investigación que como se demuestra tiene una concreción práctica pues al no estar implementado el modelo de salud comunitaria así como tampoco trabajar en unidad el sub centro con los prestadores tradicionales de salud se genera un proceso no complementario que perjudica notablemente la prestación de servicios de calidad, mas aun cuando los sistemas de referencia y contra referencia no están funcionando bajo los conceptos que esto plantea y se quiere lograr ya que existe un a falta de compromiso y aplicación de la ley y de los modelos interculturales.

### **3.3.- POBLACION O MUESTRA**

Para el presente estudio se determino por los reportes del sub centro que el promedio ponderado mensual de pacientes atendidos en el mismo es de 750 con variaciones que oscilan entre un 8% hacia arriba o abajo, por lo cual este es nuestro universo a ser analizado en el presente estudio.

Con este rango de población meta se determino la muestra para la aplicación de la encuesta en la Parroquia de San Juan de Ilumán determinándose que para su confiabilidad es del 15,6% dando un total de 122.88 encuestas a ser aplicadas.

Para ello se aplico un muestro aleatorio simple en el que se determinaron el tamaño de la muestra, el margen de confiabilidad Z es 1.96, la varianza de la población (0.2), el error admisible será de 5% .



## FÒRMULA:

$$\text{Formula: } n = \left( \frac{Z \cdot S}{E} \right)^2$$

$$\text{Formula: } n = \left( \frac{(0.02) \cdot (1.96)}{(0.05)} \right)^2$$

$$\text{Formula: } n = \left( \frac{0.08 \cdot 3.84}{0.0025} \right)$$

$$\text{Formula: } n = \left( \frac{3.072}{0.0025} \right)$$

$$\text{Formula: } n = 122.88 \text{ Muestra}$$

Determinándose un error equivalente al 5% es factible la eliminación de 2.88 encuestas por distorsión de información obtenida por lo cual la toma se concreta en 120 encuestas

### 3.4.- VARIABLES

#### 3.4.1.- VARIABLES DEPENDIENTES

Sistema de referencias y contra referencias

#### 3.4.2.- VARIABLES INDEPENDIENTES

Red de salud comunitaria con enfoque intercultural

### **3.4.3.- VARIABLES INTERVINIENTES**

Comité intersectorial

Comité local

Medicina intercultural

Gobiernos locales

### **3.5.- HIPOTESIS O PREGUNTAS DIRECTRICES**

1. ¿Cuáles son los beneficios de la implementación de una red de salud comunitaria?
2. ¿Cómo funciona en la actualidad los Sistemas de Referencia y Contra referencia?
3. ¿Qué cambios se producen en la Atención de Salud aplicando la medicina tradicional con la medicina occidental?
4. ¿Cuál es la participación de las parteras, shamanes, etc. en la Atención de salud?
5. ¿Cuáles son las estrategias que van a permitir fortalecer el modelo de atención en salud intercultural?
6. ¿Cómo interfiere el idioma para brindar una atención de salud de calidad?
7. ¿La situación geográfica influye en la atención de salud?

### **3.6.- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para efectos de este estudio y afianzamiento de la propuesta planteada se elaboro una encuesta, con la cual se toma los datos fundamentales referidos al tema de investigación, tomando muy encuesta la realidad y situación actual de la relación

de la población usuaria con los servicios existentes de salud tanto a nivel medico como de prestaciones tradicionales.

Dicha recolección de información se ha procesado en hoja Excel con la finalidad de poder tanto cuantificar, graficar y cualificar los resultados obtenidos, los mismos que se demuestran en los contenidos que se presentan en este estudio.

### **5.7.- ENCUESTA.**

La encuesta es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador para este fin se utiliza un listado de preguntas escritas que tanto pueden entregarse para que contesten por escrito o que el encuestados lo realice en el cuestionario. Bajo esta técnica, fue como se recolecto la información de la población usuaria de los servicios de Salud del Sub centro de Ilumán para en lo posterior ser analizada, procesados y sistematizados los datos obtenidos.

### **3.8.- VALIDES Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

Para la plena valides de la aplicación de estos instrumentos, se realizaron encuestas de prueba, que sometidas a consulta y sistematización de datos se corrigieron a fin de tener una encuesta confiable y en la que se permita errores que como la técnica recomienda, debe estar en un margen equivalente al 0.03, y en base de esto se procedió al levantamiento de la información para tener confiabilidad inicialmente de estos instrumentos de investigación y posteriormente tener resultados concretos conforme las percepciones de los encuestados sobre los temas consultados referidos a los servicios de salud del sub centro y de la prestación tradicional de salud.

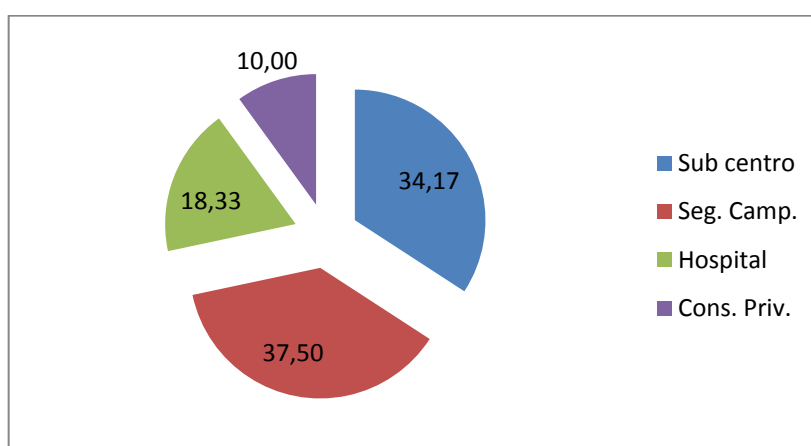
## CAPITULO IV

### 4.1.- PRESENTACION DE RESULTADOS

PROCESO DE CALIFICACION DE OFERTA Y DEMANDA DEL SUBCENTRO DE SALUD DE ILUMAN.

#### 1.- A donde acude usted en casos de atención de salud?

ITEMS	V. NOMINAL	V. PORCENTUAL
Sub centro	41	34.17
Seguro Campesino	45	37.5
Hospital	22	18.33
Consultorios privados	12	10.00
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

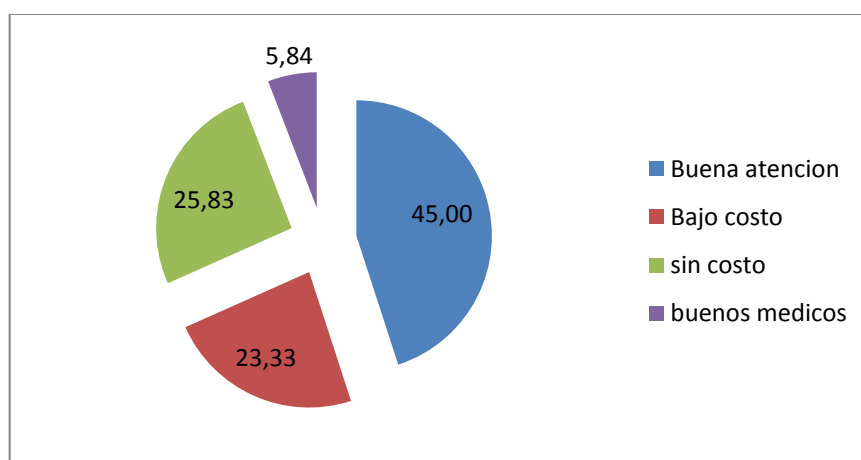


FUENTE: Encuesta Parroquia de Ilumán  
Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez

Para análisis de estos resultados es necesario describir una realidad local ya que el SSC – IESS está ubicado a 1.5 Km del sub centro de salud de Ilumán y una gran mayoría de jefes de familia de las comunidades de esta parroquia son afiliados a este seguro y que por las ventajas del mismo tiene una alta influencia en la zona, seguido por el sub centro del MSP al que acuden la mayoría de población no afiliada, que entre estos dos servicios de salud dan cobertura al 86% de la población rural parroquial. La concurrencia a hospitales se da normalmente porque en ellos encuentran mayor cantidad de servicios y que conocen no dispone en sub centro, así como la atención en consultorios es por casos específicos especialmente de la población con mayores condiciones económicas

## 2.- Por que acude usted a este tipo de centros de salud

ITEMS	V. NOMINAL	V. PORCENTUAL
Buena atención	54	45.00
Bajo costo	28	23.33
Sin costo	31	25.83
Buenos Médicos	7	5.84
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

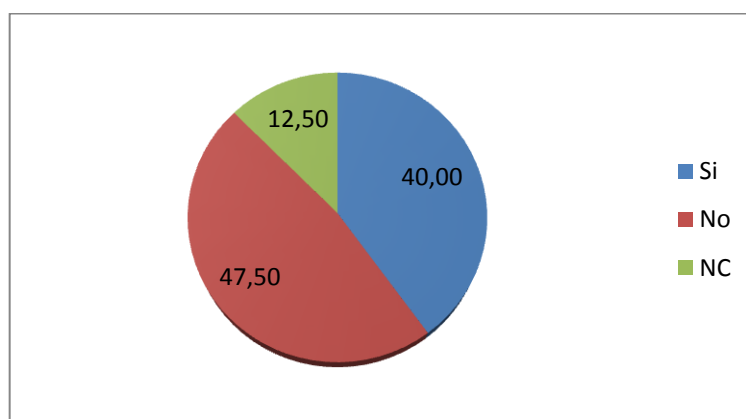


FUENTE: Encuesta, Parroquia de Ilumán  
 Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez

La asistencia a este centro de servicios médicos se da en primer lugar porque se considera que existe una buena atención, no tiene costo o su costo son bajos en ello se traduce que se está concretando las aspiraciones de entregar en servicio de calidad a la población que está en desventaja social y carente de recursos económicos cumpliendo así los preceptos de la medicina gratuita y de cobertura general a la población desde los preceptos constitucionales del buen vivir, es de recalcar lo de la buena atención pues en ello radica la formación profesional y humana del equipo técnico que brinda estos servicios públicos con eficiencia y eficacia que son reconocidos por los usuarios del mismo, consideramos que la percepción sobre lo de buenos médicos es complementaria a lo de los buenos servicios.

### 3.- Utiliza usted métodos tradicionales para mejorar su salud?

ITEMS	V. NOMINAL	V. PORCENTUAL
Si	48	40.00
No	57	47.5
NC	15	12.50
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

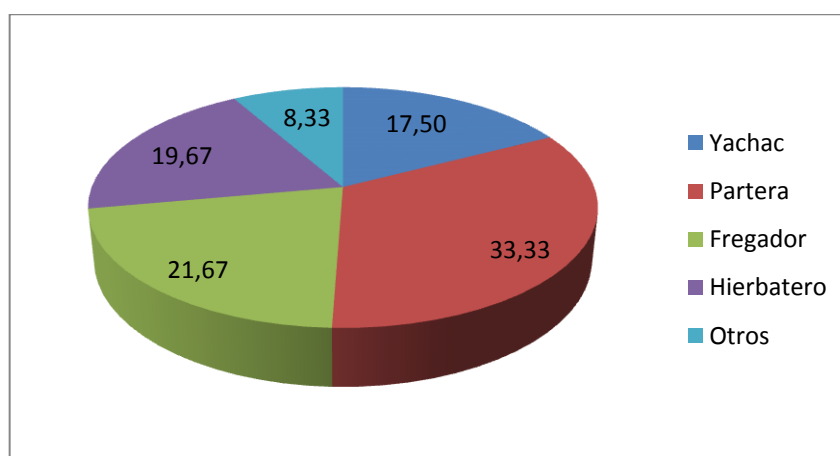


FUENTE: Encuesta, Parroquia de Ilumán  
 Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez

En esta interpretación es de tomar en cuenta que los consultados casi equitativamente plantean el sí o el no en el uso de métodos tradicionales pues en la toma de la información se dieron explicaciones en que se siempre se acude a los sistemas tradicionales y médicos en procura de mejorar la salud, se puede determinar que en la actualidad los dos sistemas actúan simultáneamente en poblaciones con mayoría indígena como el de la Parroquia de Ilumán, de allí la importancia de que en estas poblaciones se implemente con mucho énfasis los sistemas de salud intercultural bajo sus condiciones y principios como se los analizo en la parte pertinente de salud indígena.

**4.- en su experiencia familiar cuales son los mayores servicios de medicina tradicional utilizados?**

ITEMS	V. NOMINAL	V. PORCENTUAL
Yachac	21	17.50
Partera	40	33.33
Fregador	26	21.67
Hierbatero	23	19.17
Otros - sanador	10	8.33
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

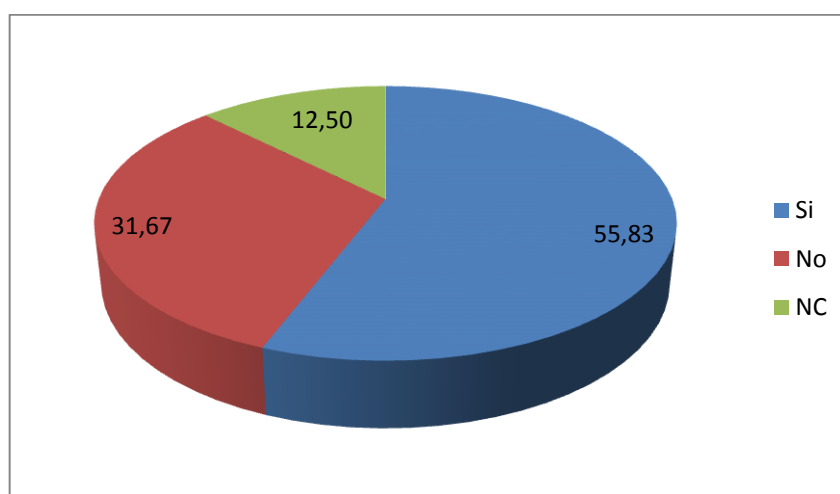


FUENTE: Encuesta, Parroquia de Ilumán  
 Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez

Esta Parroquia en particular tiene en acervo cultural de la presencia de Yachac y Sanadores, por historia en las comunidades indígenas es parte de su desarrollo y conocimiento ancestral la presencia de un gran número de estos prestadores de salud tradicional, quizá solo comparado a Santo Domingo de los Shachilas, a los que acuden no solo la población local sino población de otros sectores a nivel nacional e internacional especialmente de países vecinos, la presencia de las parteras es otro de los servicios que existe históricamente muy concentrado en comunidades indígenas incluso se puede decir que gran parte de estas usuarias que han vivido en el extranjero no dejan esta práctica por considerarla de alto beneficio así como el de los hierbateros y fregadores estos ultimo solicitados en dislocaciones o caídas.

**5.- Considera usted necesario implementar los servicios de medicina tradicional en el sub centro de salud de Ilumán?**

ITEMS	V. NOMINAL	V. PORCENTUAL
Si	67	55.83
No	38	31.67
NC	15	12.50
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



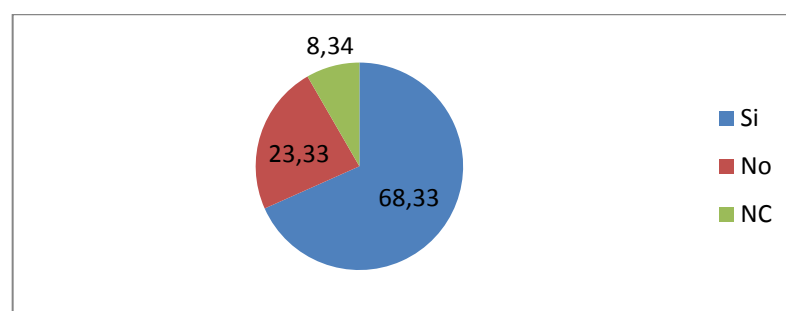
FUENTE: Encuesta, Parroquia de Ilumán  
 Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez



La gran mayoría de encuestados generan la necesidad de implementar estos servicios en el sub centro ya que en la actualidad no están implementados y se manejan en forma independiente, por ello surge la necesidad, de implementar esta red de Salud Comunitaria más aun cuando el 84.4 % de la población local es indígena y es usuaria y practicante permanente de estos sistemas tradicionales de prestación de servicios de salud, además la propia ley establece que para estos territorios con mayorías étnicas es obligatorio la instauración de los sistemas interculturales de salud pública. Ya que la establece el desarrollar un modelo de atención de salud de aplicación obligatoria por todas las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud con las siguientes características: integral eco-bio-psico-socio-cultural y espiritual, integrado, continuo, participativo, intersectorial, eficiente, eficaz, cálido, no discriminatorio, intercultural, coordinado, descentralizado, sustentable (política y económicamente), con enfoque de género, inter generacional, inter étnico, solidario y dinámico.

**6.- Conoce usted el sistema de parto vertical que se ha implementado en varios sub centros de salud?**

ITEMS	V. NOMINAL	V. PORCENTUAL
Si	82	68.33
No	28	23.33
NC	10	8.34
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

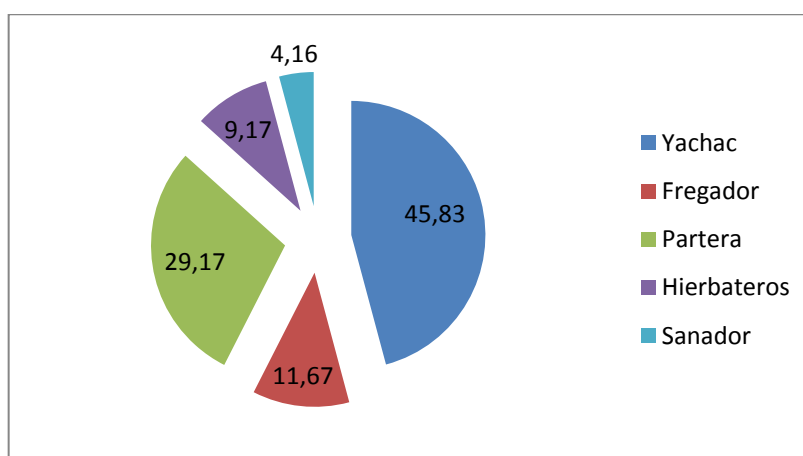


FUENTE: Encuesta, Parroquia de Ilumán  
 Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez

La mayoría de los participantes en la muestra conocen del sistema ya que este es muy generalizado en la población especialmente indígena además porque su aplicación es muy difundida por los centros de prestación de medicina tradicional en el Cantón Otavalo como es el Jambi Huasi, el mismo hospital de Otavalo y varios sub centros parroquiales, el desconocimiento de parte de in 28% es debido a que localmente no se ha implementado este servicio en el sub centro de Ilumán por lo cual se torna indispensable su implementación como parte de la red propuesta de Salud Comunitaria objeto de este estudio.

**7. En Ilumán cuáles son los prestadores tradicionales de salud más conocidos o solicitados para servicios de atención?.**

ITEMS	V. NOMINAL	V. PORCENTUAL
Yachac	55	45.83
Fregador	14	11.67
Partera	35	29.17
Hierbateros	11	9.17
Sanador	5	4.16
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

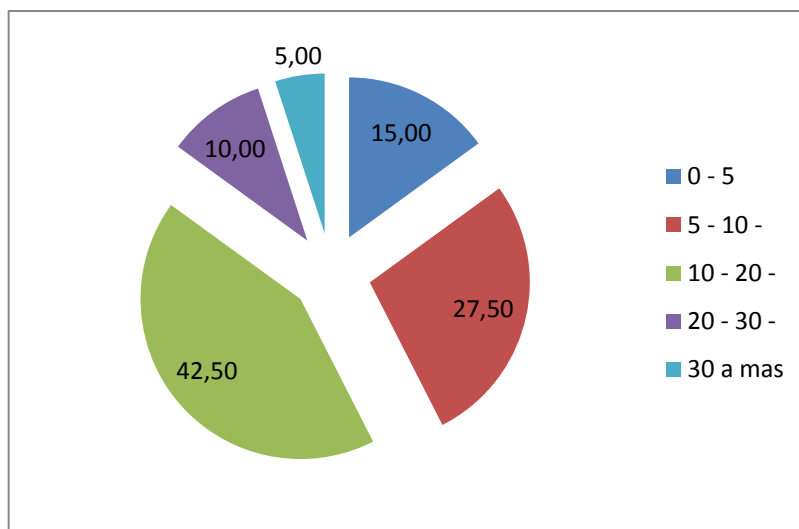


FUENTE: Encuesta, Parroquia de Ilumán  
 Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez

Como se analizo anteriormente estos prestadores de salud los Yachacs son los más conocidos y solicitados en la prestación de servicios tradicionales ya que por historia y ancestro han sido los que han dado solución a múltiples requerimientos de salud de la población usuaria, sea que las afecciones sean físicas o psicológicas, teniendo resultados positivos que al ser reconocidos por los usuarios frecuentan con mucha intensidad a estos prestadores, en orden de importancia son las parteras a quienes acuden con frecuencia especialmente mujeres que están en procesos de maternidad, sea para la atención durante el embarazo o para la atención durante el parto, ya que existen conocidas prestadoras del servicio que por experiencia y practica solucionan problemas como el de la posición del niño y de dolores ocasionados en el vientre, en este ámbito también son de mucha utilidad los hierbateros que por sus conocimientos sobre el uso medicinal de plantas asisten a enfermos que presentan diferentes dolencias, los fregadores son el equivalente a los fisioterapeutas o traumatólogos a los que acuden por lesiones y dislocaciones en caídas o golpes y caso especial es el de los sanadores que realizan sus prácticas curativas mediante el rezo o invocación a imágenes religiosas de mayor veneración.

**8.- Cual es el costo que se paga normalmente por los servicios de estos prestadores de salud?**

<b>ITEMS</b>	<b>V. NOMINAL</b>	<b>V. PORCENTUAL</b>
de 0 a 5 dólares	18	15.00
de 5 a 10 dólares	33	27.5
de 10 a 20 dólares	51	42.5
de 20 a 30 dólares	12	10.0
de 30 dólares a mas	6	5.00
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

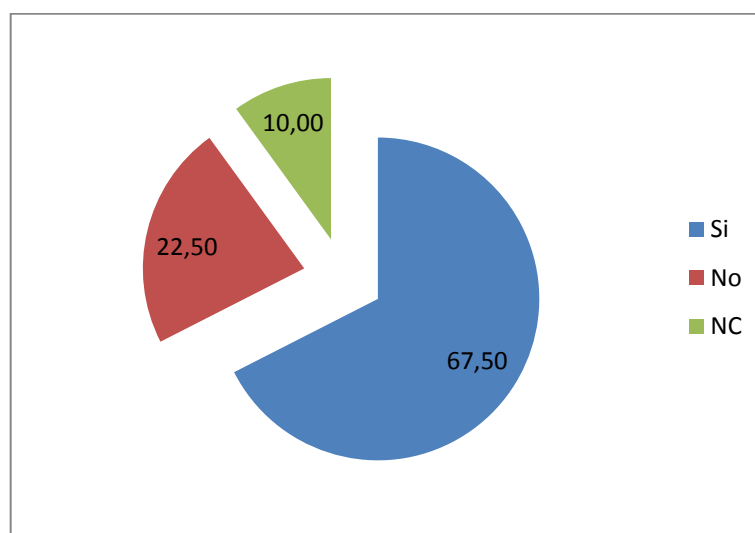


FUENTE: Encuesta, Parroquia de Ilumán  
 Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez

En este análisis es importante determinar que los valores que se pagan a prestadores tradicionales de salud en su mayoría están en un rango de 10 a 20 dólares, similar a el costo de una consulta médica particular, en la cual podemos determinar de que el costo en si no implica una limitante para acudir a estos servicios, sino mas bien la confianza que los usuarios tienen a estos prestadores del servicio, es importante en este ámbito analizar de que existe un 18 % de usuarios que expresan que pagan de 0 a 5 dólares y que manifiestan que estos servicios los reciben en forma de trueque por el servicio recibido ya que son conocidos algunos prestadores de servicio que tienen un espíritu de colaboración comunitaria con los más pobres de estos sectores que son conocidos, lo contrario ocurre en que existen prestadores que cobran altas sumas que según se manifiesta es por su fama de buen curador y los que acuden son de posibilidades económicas que ante todo asisten por referencias en casos graves o de dificultad curativa.

**9.- Considera usted que es necesario que la prestación de servicios tradicionales sea compartido con la medicina tradicional?**

ITEMS	V. NOMINAL	V. PORCENTUAL
SI	81	67.50
No	27	22.50
NC	12	10.00
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



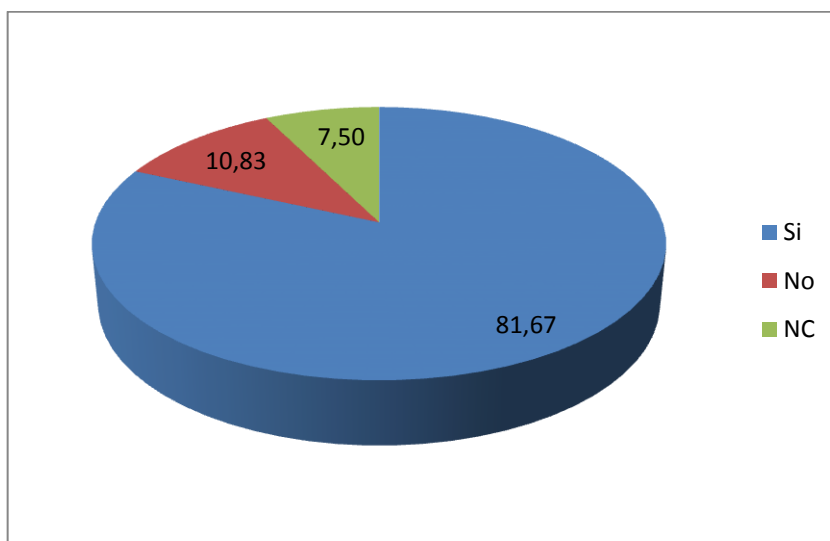
FUENTE: Encuesta, Parroquia de Ilumán  
 Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez

Estas respuestas obtenidas están muy relacionadas al conocimiento que la población indígena tiene sobre la implementación de los servicios de salud intercultural en otros sectores del cantón y de otras provincias con similares características de población indígena, en ello radica que esto se vuelve una exigencia de implementar los servicios conjuntos como un derecho adquirido por esta población ya que el solo hecho de que la relación sea intercultural bilingüe ayuda mucho en la confiabilidad de los servicios prestados mucho más cuando en un centro de salud existen en forma complementaria los dos sistemas, el usuario determina la confiabilidad de lo tradicional y lo técnico-profesional que genera

confianza y por ende una mayor asistencia de usuarios a estos centros por ello que el sub centro de Ilumán debe implementar la red de servicios de salud intercultural y en ella el sistema de referencia y contra referencia que garantiza ante todo el de tener servicios de mayor cobertura y con garantía de atención en otros centros hospitalarios con mayores coberturas.

**10.- En caso de que los prestadores de servicios de medicina tradicional no resuelvan su problema de salud aceptaría ser transferido a una unidad médica?**

ITEMS	V. NOMINAL	V. PORCENTUAL
Si	98	81.67
No	13	10.83
NC	9	7.50
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



FUENTE: Encuesta: Parroquia de Ilumán  
 Investigadoras: Andrea Montalvo, Gabriela Enríquez

La respuesta mayoritariamente es de que aceptarían ser transferidos ya que actualmente la población confía en estos procesos interculturales de salud y en ello radica la importancia de la presente propuesta de implementar los sistemas de referencia y contra referencia del sub centro de salud Ilumán del área 4 del cantón Otavalo, ya que nuestras prácticas profesionales determinan de que la existencia de estos servicios es altamente positivo para los usuarios externos de los sistemas de salud más aun cuando estos sistemas están dentro de una red de salud comunitaria con enfoque intercultural, en la cual la población es mayoritariamente indígena, como es el caso de la parroquia rural de Ilumán.

#### **4.2.- ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

El Sub centro de Salud de Ilumán está Ubicado a 7km al norte de la Ciudad de Otavalo y 15 Km al sur de la Ciudad de Ibarra capital de la Provincia de Imbabura y a 1.5 Km del SSC – IESS y una gran mayoría de jefes de familia de las comunidades de esta parroquia son afiliados a este seguro y que por las ventajas del mismo tiene una alta influencia en la zona, estos factores influyen en la frecuencia de la población de asistencia a este servicio público por ello vemos que el sub centro del MSP en segunda instancia y al que acuden la mayoría de población no afiliada, que entre estos dos servicios de salud dan cobertura al 86% de la población rural parroquial es de anotar que también esta población es apenas un 12% de la existente en la Parroquia

La asistencia a este centro de servicios médicos de la población usuaria, se da en primer lugar porque se considera que existe una buena atención, no tiene costo o su costo son bajos en ello se traduce que se está concretando las aspiraciones de entregar en servicio de calidad a la población que está en desventaja social y carente de recursos económicos cumpliendo así los preceptos de la medicina gratuita y de cobertura general a la población desde los preceptos constitucionales del buen vivir, es de recalcar lo de la buena atención pues en ello radica la

formación profesional y humana del equipo técnico que brinda estos servicios públicos con eficiencia y eficacia que son reconocidos por los usuarios del mismo, consideramos que la percepción sobre lo de buenos médicos es complementaria a lo de los buenos servicios.

Al ser consultados sobre el uso de métodos tradicionales de salud, en la toma de la información se dieron explicaciones en que se siempre se acude a los sistemas tradicionales y médicos en procura de mejorar la salud, se puede determinar que en la actualidad los dos sistemas actúan simultáneamente en poblaciones con mayoría indígena como el de la Parroquia de Ilumán, de allí la importancia de que en estas poblaciones, se implemente con mucho énfasis los sistemas de salud intercultural bajo las condiciones y principios de la ley de salud indígena.

En especial, esta Parroquia tiene en acervo cultural de la presencia de Yachac y Sanadores, por historia, en las comunidades indígenas integrantes de este territorio, es parte de su desarrollo y conocimiento ancestral la presencia de un gran número de estos prestadores de salud tradicional, quizá solo comparado a Santo Domingo de los Shachilas, a los que acuden no solo la población local sino población de otros sectores a nivel nacional e internacional especialmente de países vecinos, la presencia de las parteras es otro de los servicios que existe históricamente muy concentrado en comunidades indígenas incluso se puede decir que gran parte de las usuarias que han vivido en el extranjero no dejan esta práctica por considerarla de alto beneficio así como el de los hierbateros y fregadores estos ultimo solicitados en dislocaciones o caídas.

La gran mayoría de encuestados generan la necesidad de implementar estos servicios en el sub centro ya que en la actualidad no están implementados y se manejan en forma independiente, por ello surge la necesidad, de implementar esta red de Salud Comunitaria más aun cuando el 84.4 % de la población local es



indígena y es usuaria y practicante permanente de estos sistemas tradicionales de prestación de servicios de salud, además la propia ley establece que para estos territorios con mayorías étnicas es obligatorio la instauración de los sistemas interculturales de salud pública. Ya que el establece y desarrollar un modelo de atención de salud intercultural es de aplicación obligatoria por todas las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud en territorios con características étnicas, con las siguientes características: integral eco-bio-psico-socio-cultural y espiritual, integrado, continuo, participativo, intersectorial, eficiente, eficaz, cálido, no discriminatorio, intercultural, coordinado, descentralizado, sustentable (política y económicamente), con enfoque de género, inter generacional, inter étnico, solidario y dinámico.

Los usuarios externos del Sub centro conocen del sistema intercultural ya que este es muy generalizado en la población especialmente indígena además porque su aplicación es muy difundida por los centros de prestación de medicina tradicional en el Cantón Otavalo como es el Jambi Huasi, el mismo Hospital de Otavalo y varios sub centros parroquiales, el desconocimiento de parte de un 28% es debido a que localmente no se ha implementado este servicio en el sub centro de Ilumán por lo cual se torna indispensable su implementación como parte de la red propuesta de Salud Comunitaria objeto de este estudio.

Como se analizo anteriormente estos prestadores de salud los Yachacs son los más conocidos y solicitados en la prestación de servicios tradicionales ya que por historia y ancestro han sido los que han dado solución a múltiples requerimientos de salud de la población usuaria, sea que las afecciones sean físicas o psicológicas, teniendo resultados positivos que al ser reconocidos por los usuarios frecuentan con mucha intensidad a estos prestadores, en orden de importancia son las parteras a quienes acuden con frecuencia especialmente mujeres que están en procesos de maternidad, sea para la atención durante el embarazo o para la atención durante el parto, ya que existen conocidas prestadoras del servicio que

por experiencia y practica solucionan problemas como el de la posición del niño y de dolores ocasionados en el vientre, en este ámbito también son de mucha utilidad los hierbateros que por sus conocimientos sobre el uso medicinal de plantas asisten a enfermos que presentan diferentes dolencias, los fregadores son el equivalente a los fisioterapeutas o traumatólogos a los que acuden por lesiones y dislocaciones en caídas o golpes y caso especial es el de los sanadores que realizan sus prácticas curativas mediante el rezo o invocación a imágenes religiosas de mayor veneración.

Se determino que los valores que se pagan a prestadores tradicionales de salud en su mayoría están en un rango de 10 a 20 dólares, similar a el costo de una consulta médica particular, en la cual podemos determinar de que el costo en si no implica una limitante para acudir a estos servicios, sino mas bien la confianza que los usuarios tienen a estos prestadores del servicio, es importante en este ámbito analizar de que existe un 18 % de usuarios que expresan que pagan de 0 a 5 dólares y que manifiestan que estos servicios los reciben en forma de trueque por el servicio recibido ya que son conocidos algunos prestadores de servicio que tienen un espíritu de colaboración comunitaria con los más pobres de estos sectores, que son conocidos, lo contrario ocurre en que existen prestadores que cobran altas sumas que según se manifiesta, es por su fama de buen curador y los que acuden son de posibilidades económicas que ante todo asisten por referencias en casos graves o de dificultad curativa.

Estas respuestas obtenidas están muy relacionadas al conocimiento que la población indígena tiene sobre la implementación de los servicios de salud intercultural en otros sectores del cantón y de otras provincias con similares características de población indígena, en ello radica que esto se vuelve una exigencia de implementar los servicios conjuntos como un derecho adquirido por esta población ya que el solo hecho de que la relación sea intercultural bilingüe ayuda mucho en la confiabilidad de los servicios prestados mucho más cuando en

un centro de salud existen en forma complementaria los dos sistemas, el usuario determina la confiabilidad de lo tradicional y lo técnico-profesional que genera confianza y por ende una mayor asistencia de usuarios a estos centros por ello que el sub centro de Ilumán debe implementar la red de servicios de salud intercultural y en ella el sistema de referencia y contra referencia que garantiza ante todo el tener servicios de mayor cobertura y con garantía de atención en otros centros hospitalarios con mayores coberturas.

En la última pregunta del formulario y en sus respuestas mayoritariamente los encuestados manifiestan de que aceptarían ser transferidos ya que actualmente la población confía en estos procesos interculturales de salud y en ello radica la importancia de la presente propuesta de implementar los sistemas de referencia y contra referencia del sub centro de salud de Ilumán del área 4 del cantón Otavalo, ya que nuestras prácticas profesionales determinan de que la existencia de estos servicios es altamente positivo para los usuarios externos de los sistemas de salud más aun cuando estos sistemas están dentro de una red de salud comunitaria con enfoque intercultural, en la cual la población es mayoritariamente indígena, como es el caso de la parroquia rural de Ilumán.

#### **4.3.- POSICIONAMIENTO DEL INVESTIGADOR**

Las autoras del estudio y conforme la técnica de investigación exige, se debe mantener una posición eminentemente profesional respecto de la investigación realizada, nuestro rol es el de observar el objeto de investigación y conforme a nuestra formación en el área de enfermería, implementar acciones tendientes a mejorar los servicios de salud para lo cual nos hemos formado en esta prestigiosa Universidad, por lo tanto hemos interpretado una realidad existente y proponemos soluciones a una problemática que está presente en la parroquia rural de Ilumán, por lo tanto nuestro trabajo ha sido muy democrático ya que hemos recogido los criterios de todos los actores sociales involucrados en esta temática, hemos

interpretado lo que la gente considera una realidad en cuanto a la prestación de servicios médicos y tradicionales, realizamos una investigación bibliográfica especialmente de las condiciones legales sobre las que se debe implementar los sistemas de salud intercultural, de la forma como estos deben ser llevados a cabo y así como investigar si los sistemas de referencia y contra referencia se están realizando, con lo cual hemos sustentado el objeto de la investigación y por lo cual afianzamos nuestra propuesta de que es fundamental implementar la red comunitaria con enfoque intercultural para el sistema de referencia y contra referencia en el sub centro de salud de Ilumán, proceso que ha sido reconocido por la población objeto de la investigación cuando se realizó la socialización de los resultados de este estudio en el que reconoce la urgente necesidad de implementar un sistema unificado de prestación de servicios de salud tanto tradicionales como de medicina profesional.

## **CAPITULO V**

### **5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1.- CONCLUSIONES**

- En primera instancia podemos concluir de que es necesario implementar una red de salud comunitaria con enfoque intercultural ya que la población en un 86 % es indígena y la ley determina que ante estas realidades es necesario aplicar estos modelos.
- El estudio nos determina que el sistema de referencia y contra referencia no está implementado conforme indican los manuales operativos del Ministerio de Salud, ya que se realizan esporádicamente y sin coordinación técnica como se requiere.
- En el sub centro de Ilumán no se ha implementado unidades conjuntas de atención de medicina occidental con medicina tradicional que según se argumenta por falta de espacios físicos y no contar con recursos para este proceso integral de atención.
- Se ha determinado de que todo usuario del servicio de salud tradicional está dispuesto a ser transferido a centros de atención medica cuando no obtienen resultados esperados en estos tratamientos, y al no existir un sistema implementado de referencia y contra referencia, el sub centro no está brindando el servicio que la población demanda.

## 5.2.- RECOMENDACIONES

- El sub centro de salud debe implementar de forma urgente el modelo de salud comunitaria con enfoque intercultural conforme lo determina la ley para que el servicio público de salud mejore substancialmente.
- Las deficiencias del sistema de referencia y contra referencia deben ser implementados conforme los manuales operativos lo determinan ya que de esto depende el éxito de la asistencia médica en los sub centros, además de que los informes de este sistema deberán ser escritos en lenguaje que pueda ser comprensible para los prestadores de salud tradicional.
- El sub centro debe implementar los dos sistemas en forma conjunta acogiéndose a lo que la ley y la normativa de salud determina, considerándose como de vital importancia realizar un trabajo conjunto con las organizaciones de prestadores de salud tradicional especialmente con Yachacs y parteras, que son muy reconocidos en esta área y de gran influencia en la población indígena ya que esto puede mejorar la atención del sub centro ya que genera confianza en los usuarios de los sistemas.
- Es necesario y de vital importancia para mejorar los servicios públicos de salud el de que se implemente el sistema de referencia y contra referencia en este sub centro, mas aun cuando el hospital de Otavalo y otros sub centros tienen ya implementado y por lo cual esta población demanda de la aplicación del sistema para mayor confiabilidad de los servicios prestados, además de que por la situación económica que prevalece en esta área y por sus niveles de pobreza es necesario que los sistemas de prestación sean eficientes y confiables para la población usuaria.

Una de las características del sector de Ilumán es el sistema implementado de la red de servicios de Salud tradicional, en la cual se han acordado que los prestadores tradicionales de cualquier área de atención para casos en los cuales determinen la necesidad de ser asistidos por los servicios médicos del sub centro u del hospital de Otavalo, realizaran la referencia a estas unidades de salud.

Si bien este se ha dado no es menos cierto que el sistema de contra referencia no es posible de implementarlo, debido a factores como el envío de comunicaciones con los expedientes a los prestadores de salud tradicional que en la gran mayoría no tienen un casillero postal o un correo electrónico, y sus sitios de atención normalmente son en sus hogares carentes de dirección alguna, a ello debe añadirse la escasa comunicación técnica que para el efecto existe ya que la mayoría de médicos y enfermeras no dominan el kichwa o se valen de traductores para sus informes en este idioma y que al ser remitidos a los prestadores tradicionales estos no dominan el Castellano, menos aun en términos técnicos médicos.

En un estudio analizado encontramos esta cita para el sistema de salud del Cantón Otavalo: “Mejorar el sistema de referencia y contra referencia entre sub centros de salud y hospital cantonal, incluido el sistema de información estadística, que permita rescatar la información existente sobre la resolución del problema referido así como monitorear si se efectuó o no la contra referencia respectiva”.

Este es el reto que ha futuro deberá superarse si pretendemos llegar a una verdadera integración intercultural, en la que esté incluida la prestación de servicios de medicina tradicional, preparar a los actuales y futuros profesionales de la medicina en estas aéreas en primordial a fin de actuar todos y todas en función de lo que la LEY DE LAS MEDICINAS TRADICIONALES DE LAS NACIONALIDADES Y PUEBLOS INDÍGENAS DEL ECUADOR determina y la Constitución Política del Estado ecuatoriano la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, pues solo en el cumplimiento de la ley y en el respeto de lo diverso estaremos construyendo un estado plurinacional bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos y ciudadanas que cohabitamos en el este espacio territorial llamado Ecuador, y que desde nuestra formación profesional como enfermeras debemos propender a impulsarlo con la prestación de nuestros servicios técnicos.

### 5.3.- BIBLIOGRAFIA

1. Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil. 2003;131(9):1061-5.
2. Committee on Pediatric Workforce. Ensuring culturally effective pediatric care: implications for education and health policy. Pediatrics 2004; 114: 1677-85.
3. . CODENPE. Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador: Reconstitución de las Nacionalidades y Pueblos para el Fortalecimiento de las Circunscripciones Territoriales Indígenas –CTI-. Quito. (s/f).
4. CONAIE. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Políticas de Salud para Pueblos Indígenas. Doc. Interno. Quito, 2006.
5. Consejo Nacional de Salud: Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Documento interno. Quito, octubre 2005.
6. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Propuesta acortada: ‘Aporte de la antropología médica y el enfoque intercultural en Salud en la formación de estudiantes de ciencias de la salud’. Secretaría de Salud México. Documento de trabajo. 2004.
7. Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas DNSPI, Ministerio de Salud Pública. Proyecto de Ley: Las Medicinas Tradicionales de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador. NINA Comunicaciones. Quito-Ecuador. 2001.
8. El Cantón Cotacachi. CIS-Fundación Sembrando. Cotacachi, Ecuador.2002
9. Fernández, G. Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas. Agosto 2004. Ediciones Abya – Yala, Quito – Ecuador.
10. La Interculturalidad en el Sistema Cantonal de Salud. Habilitación de Parteras Indígenas. Ecuador 2005
11. Médicos Sin Fronteras- España, MSP- Ecuador, Unión de Organizaciones Campesinas de Cotacachi, Mendizábal Tannia, Medicina Tradicional e Interacción de Sistemas Médicos en las Comunidades Andinas del Cantón Cotacachi. Ecuador. 1998.



12. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Proyecto de Ley: Las medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas de Ecuador. Marzo 2006.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador- MSP-, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud, OPS, Organización Mundial de la Salud OMS, USAID, UNICEF, PROANDES. Manual de Capacitación de la Partera Tradicional. Edición MSP/UNICEF. Ecuador. 1995.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud –OPS-. Inicio del Proceso de Acreditación de Hospitales en el Ecuador. Ecuador. 2001
15. Ministerio de Salud Pública – Consejo Nacional de Salud: Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Abya Yala, julio, 2005.
16. Ministerio de Salud Pública – Proyecto MODERSA: Manual de Normas de Licenciamiento de los Servicios de Salud. Quito, abril, 2004.
17. Ministerio de Salud Pública – Dirección Nacional de Áreas de Salud: Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud. Quito, julio, 2000.
18. Ministerio de Salud Pública – Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas: Mapa Estratégico 2005-2009 de la DNSPI. En prensa.
19. Ministerio de Salud Pública – Proyecto MODERSA: Manual para la Referencia y Contra referencia de Pacientes y Usuarios. Quito, abril, 2004.
20. Ministerio de Salud Pública – OPS/OMS – MODERSA: Modelo de Atención Integral de Salud. Quito, junio, 2004.
21. Ministerio de Salud Pública – OPS/OMS - Proyecto MODERSA: Programa de Extensión d Cobertura en Salud. Quito, mayo 2004.
22. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador. Noviembre 2001. [fecha de acceso: mayo 2006] Disponible en:
23. Sistema Cantonal Descentralizado de Salud – Consejo Cantonal Intersectorial de Salud: Plan Cantonal de Salud de Cotacachi 2005-2011.
24. Sistema Cantonal Descentralizado de Salud – Consejo Cantonal Intersectorial de Salud: La Interculturalidad en el Sistema Cantonal de Salud, Habilitación de las Parteras Indígenas. Cotacachi, 2005.

#### 5.4.- LINCOGRAFIA

1. Lacaze D. Medicina tradicional de los pueblos indígenas. Experiencia en unidades operativas del oriente ecuatoriano. En: <http://arutam.free.fr/Etnomedx.htm>
2. El Jambi Huasi, Área de Salud de la FICI, Dra. Myriam Conejo, Directora Ejecutiva, [jambihua@im.pro.ec](mailto:jambihua@im.pro.ec)
3. Organización Panamericana de la Salud. [monografía en internet]. Sistematización e intercambio de experiencias en la organización y gestión de servicios de salud descentralizados para poblaciones indígenas. Proyecto CTP 2004-05 N° 32. [fecha de acceso: 11 de mayo 2006]. disponible en: [www.paho.org/spanish/d/csu/IF-COLECU-200405-32.pdf](http://www.paho.org/spanish/d/csu/IF-COLECU-200405-32.pdf).
4. Constitución del estado Ecuatoriano 2008 - [www.asambleanacional.gov.ec](http://www.asambleanacional.gov.ec)
5. Ley Orgánica de Salud – [www.asambleanacional.gov.ec](http://www.asambleanacional.gov.ec)

## 5.5.- ANEXOS

### 5.5.1.- ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SUBCENTRO DE SALUD DE ILUMAN:

Solicitamos a Ud. Se digne contestar este cuestionario que trata de los servicios de Salud del Sub centro de Ilumán para poder mejorar la prestación de los servicios existentes, Gracias

1. A donde acude usted en casos de atención de salud?

.....  
.....

2.- Por que acude usted a este tipo de centros de salud?

.....  
.....

3.- Utiliza usted métodos tradicionales para mejorar su salud?

- a.- Si ....
- b.- No ...
- c.- NC ....

4.- En su experiencia familiar cuales son los mayores servicios de medicina tradicional utilizados?

.....  
.....  
.....

5.- Considera usted necesario implementar los servicios de medicina tradicional en el sub centro de salud de Ilumán?

- a.- Si ....

- b.- No ...
- c.- NC ....

6.- Conoce usted el sistema de parto vertical que se ha implementado en varios sub centros de salud?

- a.- Si ....
- b.- No ...
- c.- NC ....

7.- En Ilumán cuáles son los prestadores tradicionales de salud son más conocidos o solicitados para servicios de atención?.

.....  
.....  
.....

8.- Cual es el costo que se paga normalmente por los servicios de estos prestadores de salud? Marcar con una X

- a.- 0 a 5 dólares .....  
b.- 5 a 10 dólares .....  
c.- 10 a 20 dólares .....  
d.- 20 a 30 dólares .....  
e.- 30 dólares a mas .....

9.- Considera usted que es necesario que la prestación de servicios tradicionales sea compartido con la medicina tradicional?

- a.- Si. ....
- b.- No. ....
- c.- NC. ....

10.- En caso de que los prestadores de servicios de medicina tradicional no resuelvan su problema de salud aceptaría ser transferido a una unidad médica?

- a.- Si ....
- b.- No ...
- c.- NC ....

**5.5.2.- FOTOGRAFIAS**  
**SUB CENTRO DE ILUMAN**



**VISITAS DOMICILIARIAS CON PARTERAS**



## **CONTROL PRENATAL CON PARTERA**



## **CONTROL PRENATAL CON MEDICO**



## CONTROL PRENATAL EN EL DOMICILIO



## PARTO VERTICAL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO





## **DECLARACION DE PROPIEDAD DE LA INVESTIGACION**

Las suscritas egresadas de la Universidad Técnica del Norte, de la Facultad de Ciencias de la Salud , Escuela de Enfermería, previo a la obtención del Título de Licenciadas en Enfermería, realizamos el estudio titulado: “Propuesta de constitución de la red de Salud Comunitaria con enfoque Intercultural, para el sistema de referencia y contra referencia del sub centro de Ilumán área no 4 - Otavalo en el periodo de enero - agosto del 2010, de mismo que declaramos ser las autoras, por lo tanto asumimos la responsabilidad que de esta investigación se derive.

**AUTORAS:**

Gabriela Alexandra Enríquez Vinuesa

Andrea Yadira Montalvo Dávila