

## La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad

Consuelo de Jesús Alban Meneses<sup>1</sup>, Víctor Manuel Sellan Icaza<sup>2</sup> y Consuelo Lorena Moran Alban<sup>3</sup>.

consuelo.alban@yahoo.com<sup>1</sup>, vsellan@utb.edu.ec<sup>2</sup>, consumoranalban@gmail.com<sup>3</sup>.

<https://orcid.org/0000-0003-2014-7328><sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-5786-8156><sup>2</sup>,

<https://orcid.org/0000-0002-1749-1112><sup>3</sup>.

Universidad Técnica De Babahoyo<sup>1,2</sup>, Hospital Del Día San Juan<sup>3</sup>.

Babahoyo-Ecuador

Recibido (01/07/20), Aceptado (17/07/20)

**Resumen:** Las naciones y pueblos indígenas presentan preocupantes índices respecto a la salud, así como otras carencias como la pérdida de sus tierras, la alimentación, la educación y, en general, el ejercicio de sus derechos, consagrados por organizaciones internacionales como la ONU y la OMS-OPS. En Ecuador, de acuerdo con el orden jurídico constitucional, se han instrumentado políticas de salud que incluyen el lineamiento general de un enfoque intercultural de la atención primaria que incorpora los saberes y prácticas ancestrales. Mediante una revisión documental se examina la situación actual de la salud y la atención primaria entre las etnias indígenas del Ecuador. De este análisis se desprenden consideraciones para las políticas públicas de salud, la formación intercultural de los profesionales de los equipos de salud y, en especial, la articulación de las creencias, saberes y prácticas de la cultura de las etnias para la atención primaria de salud.

**Palabras Clave:** Etnia, nacionalidad indígena, pueblo indígena, derecho a la salud, atención primaria.

## Health in indigenous peoples: primary care and interculturality

**Abstract:** The Indigenous nations and peoples have worrying indices in terms of health care, as well as other historical shortcomings related to land ownership, food, education and, in general, the exercise of their rights, Established by international organizations, such as the UN and WHO-PAHO. In Ecuador, in accordance with the constitutional legal order, health policies have been implemented that include the general guideline of an intercultural approach to primary care that incorporates ancestral knowledge and practices in primary care. A documentary review examines the current health and primary care situation among indigenous ethnic groups in Ecuador. This analysis provides considerations for public health policies, intercultural training of health team professionals and, in particular, articulation of the beliefs, knowledge and practices of ethnic culture for primary health care.

**Keywords:** Ethnicity, indigenous nationality, Indigenous people, right of health, primary care.



## I. INTRODUCCIÓN

A pesar de ser la población originaria de los territorios de América, las naciones y pueblos indígenas presentan grandes carencias de todo tipo, frente a las cuales las organizaciones internacionales tales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han hecho importantes declaraciones en reconocimiento de sus derechos: a la tierra, la educación, la salud y el respeto a sus creencias, prácticas y, en general, su cultura ancestral [1] [2] En esos documentos, se ha establecido como principio la garantía de la salud con una orientación intercultural, lo cual se articula con la definición de salud como bienestar biopsicosocial y no sólo como ausencia de enfermedades. Esta concepción la han asumido tanto las instituciones ecuatorianas como las de otros países, dando paso a prácticas de atención primaria que toman en cuenta las especificidades de las concepciones, costumbres y prácticas indígenas acerca de la salud, integrando a los pueblos indígenas en la organización y la aplicación de la atención primaria.

A partir de la indagación documental en una serie de artículos de revistas científicas y tesis de grado de instituciones de educación superior, en este artículo se plantea como objetivo examinar los lineamientos de organizaciones internacionales y del Ecuador en relación con la situación de la salud y de la atención primaria entre la población indígena, con especial atención a las nacionalidades y pueblos indígenas del Ecuador, y seguidamente se revisan algunas experiencias de integración intercultural de atención primaria.

En el desarrollo, se hará una revisión de los lineamientos generales propuestos por los organismos internacionales en cuanto a los derechos de la población indígena. Luego, se examinarán las formulaciones normativas acerca de la salud en el Ecuador. Seguidamente, se expondrá la situación que presentan las naciones y pueblos indígenas en el Ecuador, de acuerdo con un enfoque intercultural. Como resultado de la revisión, en la discusión, se articularán estas aplicaciones y lineamientos con las propuestas paradigmáticas para la atención a la diversidad cultural en la práctica de los profesionales de la salud, entre ellos, las concepciones de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural en Enfermería. Finalmente, en las conclusiones se resumirán las adquisiciones de la investigación y se harán recomendaciones prácticas, así como se apuntarán perspectivas de nuevos estudios.

## II. DESARROLLO

### A. Derechos de los pueblos indígenas y lineamientos internacionales

Los pueblos indígenas son los más vulnerables, desfavorecidos y marginados del mundo, unos 370 millones de personas dispersas desde el Ártico hasta el Pacífico meridional, aproximadamente el 5 por ciento de la población mundial, el 15 por ciento de los pobres del mundo y la tercera parte de las personas que viven en la extrema pobreza. Cada pueblo indígena posee su propia cultura, lengua, sistema jurídico e historia [1]. La mayoría de ellos mantiene un vínculo sólido con el medio ambiente y con sus tierras y territorios tradicionales. Durante siglos, estos pueblos han sufrido por la falta de reconocimiento de sus instituciones políticas y culturales, el socavamiento de la integridad de sus culturas y las repercusiones negativas del desarrollo. Gracias a la acción de diversas organizaciones, y después de mucho tiempo afectados por la indiferencia mundial, los indígenas han conseguido ser escuchado en sus reclamos y exigencias. En virtud de ello, surgió la Declaración Mundial de los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 13 de septiembre de 2007 [3]. Los derechos definidos por la Declaración de la ONU, aunque no suponen una obligación inmediata para los Estados miembros de la ONU, sí implican un compromiso de extender y aplicar esos lineamientos generales. Ellos comprenden:

-Derecho a la igualdad y a la no discriminación.

-Identidad propia e integridad cultural: conservar y reforzar sus instituciones, pertenecer a una comunidad o nación, practicar y transmitir costumbres y creencias, instituciones docentes que impartan conocimiento en su idioma, mantener su patrimonio cultural, derecho a no ser asimilados forzosamente.

-Relevancia de los derechos colectivos: valores de responsabilidad colectiva y respeto por los ancianos, los antepasados, los espíritus y la comunidad, estructuras e instituciones singulares que se basan en la familia como unidad primordial y se expanden en forma de instituciones comunales y sociales más amplias, y en general se gobiernan por el derecho indígena y el magisterio sagrado.

-Libre determinación, autonomía, autogobierno, participación, consulta y consentimiento libre, previo y concertado.

-Disposición de sus tierras, territorios y recursos; desarrollo con identidad, reparación y compensación por los

daños de la modernización [3].

La desigualdad de las comunidades indígenas en América Latina se hace patente en relación al estado de la salud y el acceso a los servicios de atención primaria. Esta situación ha tenido algunas mejoras durante las últimas décadas del siglo XX, en la medida en que se ha superado el concepto de raza para asumir las nociones de etnia, pueblo y nación indígena. Esto responde en parte a una transformación conceptual en las disciplinas científicas encargadas de estudiar las culturas y las sociedades humanas (sobre todo la Antropología), y los avances políticos y éticos orientados hacia la igualdad y la superación de los resultados de la opresión a la que habían estado sometidos los grupos étnicos/raciales. La evolución de los conceptos relacionados con las etnias ha permitido una formulación de políticas públicas, de acuerdo con las diferencias, lo cual permite precisar las necesidades concretas de los beneficiarios. El principio de la equidad se utiliza con mayor propiedad para concebir acciones afirmativas [4].

A partir de mediados de la década de los 90, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) [5] inició la concertación, con los gobiernos de la región latinoamericana, de distintos lineamientos en relación con la salud de las etnias, pueblos y naciones indígenas. Así mismo, se orientó a fortalecer los sistemas de información, igual que los organismos de gestión, el adiestramiento del personal de salud, para el despliegue de acciones de prevención, curación, rehabilitación y promoción de la salud, además del desarrollo de modelos de salud adaptados a las culturas de las diferentes etnias. Por otra parte, se impulsó la formación de redes de colaboraciones interinstitucionales, subregionales y nacionales, la formación de asociaciones regionales y la suscripción de acuerdos de cooperación. En cuanto a la atención primaria, se resolvió incorporar el enfoque intercultural en los modelos de atención y en la formación del personal de salud, la promoción del personal de origen indígena en los equipos de atención y la gestión de los servicios, adaptación de las metodologías y estrategias integradas a las características socioculturales de las etnias, pautas para la adaptación sociocultural de los protocolos de atención y la incorporación de las perspectivas, terapias y medicinas indígenas en la atención primaria de salud [6].

Mientras tanto, las luchas de los pueblos indígenas continuaron hasta conquistar la aplicación de las declaraciones, planes y documentos suscritos por los gobiernos. Los niveles de pobreza extrema durante la primera década del siglo XXI continuaron creciendo, a la par que se desarrollaban movilizaciones, exigencias y nuevos estudios, cuyos resultados fueron dados a conocer ante auditorios de especialistas y políticos y ante el público en general. Al tiempo que se denunciaban las inequidades sociales, económicas y políticas, se señalaban las pésimas consecuencias de un modelo de desarrollo que no considera los ecosistemas ni la sustentabilidad ambiental, con las lógicas repercusiones en la salud de los indígenas [7].

En la llamada “Declaración de Quito”, en 2007, se hace una nueva revisión y discusión acerca de los avances en los lineamientos internacionales y las políticas consecuentes con relación a las etnias, pueblos y nacionalidades indígenas [6]. En el documento se muestra preocupación acerca de la consideración que se le hace a la concepción de salud para los pueblos indígenas y los principios y valores que deben orientar la acción en salud. También se consideraron los modelos oficiales de salud intercultural y la pertinencia de desarrollar mecanismos específicos para los pueblos en aislamiento o en contacto inicial, así como una revisión de los factores que afectan la salud de esas etnias. Se toma en cuenta que, para los pueblos indígenas, la salud está intrínsecamente vinculada al entorno natural y al territorio, los cuales les permiten acceder a recursos alimenticios diversificados, continuar desarrollando sus conocimientos sobre las propiedades de los recursos naturales para su bienestar y tener la tranquilidad de disponer de un medio de vida íntegro para las presentes y futuras generaciones [8].

La equidad es el fundamento del trabajo de la OPS en el terreno de la salud pública. Esta organización internacional, además de promover alianzas entre organismos oficiales, organizaciones indígenas, gobiernos, universidades e instituciones sociales para formar redes de información y cooperación entre organizaciones, centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud de pueblos, organizaciones y comunidades indígenas, con el fin de desarrollar una política de defensa de los derechos indígenas, inspirados en los principios aprobados por la ONU, ha promovido la transformación de los sistemas de salud y apoya el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad. De igual manera, enfatiza la importancia de la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo sobre la salud [9] [10].

Un aspecto muy importante, entre los lineamientos de las organizaciones internacionales relacionadas con la salud, es el de la incorporación de los saberes, prácticas y actividades ancestrales en acciones preventivas, curativas y de atención de la salud en general [1]. La aparición de una antropología médica y un enfoque ecológico permitió el inicio del desplazamiento del paradigma dominante biologicista empirista, y la emergencia de nuevos

abordajes que posibilitaron una apertura a la valoración de las prácticas ancestrales de salud. Un aporte fundamental en esta dirección es la teoría cultural interpretativa, representada por Arthur Kleinmann, la cual se centra en el significado de la enfermedad como sistema explicativo; es decir, la enfermedad pertenece a la cultura, en particular a la cultura especializada de la Medicina. La enfermedad es cognoscible, tanto por los que la padecen como por los sanadores, pero solo a través de un conjunto de actividades interpretativas que incluyen la interacción con la biología, las prácticas sociales y marcos significativos culturalmente constituidos [11].

Otro avance es el de la Antropología médica crítica que enfatiza la inexistencia de una ciencia libre de valores y recomienda tener el dato más fidedigno posible para efectuar una precisa síntesis teórica, con el fin de que la práctica resultante de la investigación pueda ser útil en cambiar las condiciones opresivas y aliviar al sufriente. Seguidamente, irrumpe el paradigma etnomédico, el cual estudia las modalidades con que los diferentes grupos humanos organizan sus ideas sobre las enfermedades y los modos de afrontarlas. Se centra en prácticas curativas, comparación de sistemas médicos, modelos explicativos de la salud y la enfermedad, comportamientos de búsqueda de la salud y eficacia de los sistemas médicos. La propuesta sobre la interculturalidad se fundamenta en que la diversidad cultural se considera positiva y no como un problema, como ha sido la constante no solo en el pensamiento colectivo sino en buena parte del diseño de políticas públicas de los Estados [11]. El concepto de interculturalidad pretende superar al del multiculturalismo, y se fundamenta en tres principios:

- El principio de ciudadanía (común o general), que implica la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas, sin distinción.
- El principio de derecho a la diferencia o ciudadanía diferenciada, que implica el respeto a la identidad y derechos de los pueblos y grupos socioculturales.
- El principio de unidad en la diversidad [12]

En este sentido, las políticas públicas deben promover relaciones interculturales positivas y para ello es necesario transformar las estructuras sociales y las instituciones. Así, en la década de los ochenta la interculturalidad se manifiesta en la política pública educativa, mientras que en los noventa la vemos asomando en el área de la salud [13].

Estas declaraciones acerca del derecho de la salud de los pueblos y naciones indígenas se ven ratificados hoy ante la emergencia de la pandemia del COVID 19, con varias resoluciones y lineamientos internacionales [14] [15].

## **B.Las naciones y pueblos indígenas en el Ecuador**

En Ecuador, según los censos realizados en la primera década del siglo XXI, existen alrededor de 830.418 personas que se autoidentifican como indígenas. El Consejo Nacional de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador distingue entre nacionalidades y pueblos indígenas. Las primeras son un conjunto de pueblos milenarios, anteriores y constitutivos del Estado ecuatoriano, que se autodefinen como tales, que tienen una identidad histórica, idioma, y cultura común, que viven en un territorio determinado mediante sus instituciones y formas tradicionales de organización social, económica, jurídica, política y ejercicio de autoridad. Por su parte los pueblos indígenas se definen como las colectividades originarias, conformadas por comunidades o centros con identidades culturales que les diferencia de otros sectores de la sociedad ecuatoriana, regidos por sistemas propios de organización social, económica, política y legal [16].

Se han registrado 14 nacionalidades y 18 pueblos indígenas en el Ecuador. Estos son las siguientes:

-En la región de la Costa: nacionalidades: Awá, Chachi, Epera, Tsa-Chilá, y el pueblo Manta, Huancavilca, Puná.

-En la Amazonía: las nacionalidades Achuar, Andoa, Huaorani, Chiwar, Shiwar, Shuar, Zápara, Kichwa Amazonia, y los pueblos Ai Cofán, Siona, Cofán y Secoya.

-En la Sierra: las nacionalidades Kichwa de la Sierra, y los pueblos Chibuleo, Karanki, Natabuela, Otavalo, Kayambi, Kitukara, Panzaleo, Kisapincha, Salasaka, Kichwa Tungurahua, Waranca, Puruhá, Kañarí, Saraguro, Palta.

-En la región de Pichincha Guayas: Pichincha Guayas [17].

Todos estos pueblos y nacionalidades indígenas están protegidos y garantizados sus derechos por la Constitución de la República del Ecuador, en su Capítulo cuarto referido a los Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades. En el texto constitucional consta que la población indígena del país, además de tener garantizados

los Derechos Políticos de todo ciudadano, y los denominados “Derechos del Buen Vivir”, lo cual es un término extraído del patrimonio ético de los pueblos originarios (Sumak Kawsai) [18], y que incluye el Derecho a la Salud, poseen, de acuerdo con lo establecido en el artículo 57, los derechos colectivos referentes al mantenimiento, desarrollo y fortalecimiento de su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social. Esto implica el rechazo a toda forma de discriminación fundada en su origen, identidad étnica o cultural, así como el reconocimiento, reparación y resarcimiento a las colectividades afectadas por racismo, xenofobia y otras formas conexas de intolerancia y discriminación; la conservación de la propiedad imprescriptible de sus tierras comunitarias, que serán inalienables, inembargables e indivisibles y exentas del pago de tasas e impuestos. Las comunidades indígenas también deben ser consultadas previamente, sobre planes y programas de prospección, explotación y comercialización de recursos no renovables que se encuentren en sus tierras y que puedan afectarles ambiental o culturalmente; participar en los beneficios que esos proyectos reporten y recibir indemnizaciones por los perjuicios sociales, culturales y ambientales que les causen. Ellas podrán conservar sus prácticas de manejo de la biodiversidad y de su entorno natural, así como sus propias formas de convivencia y organización social, y de generación y ejercicio de la autoridad, en sus territorios legalmente reconocidos y tierras comunitarias de posesión ancestral. Igualmente, crear, desarrollar, aplicar y practicar su derecho propio o consuetudinario, y mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora. Al mismo tiempo se prohíbe toda forma de apropiación sobre sus conocimientos, innovaciones y prácticas [18].

Igualmente, en el artículo 58, se les garantiza el derecho al mantenimiento e integridad de sus culturas. Además, en el artículo 360 de la Constitución de la República del Ecuador se establece que el sistema de salud garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, sobre la base de la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas [18].

En este orden de ideas, se han realizado construcciones de modelos de atención primaria de salud desde un enfoque intercultural, que incorporan el método de la Investigación Acción, integrando a los miembros del equipo médico e investigador en la cotidianidad de los pueblos y nacionalidades indígenas para ganar su confianza y profundizar la comunicación de sus creencias, prácticas y costumbres. Esto lleva, en primer lugar, a realizar un diagnóstico en el que se reconoce, valora y recoge la diversidad de intereses y necesidades de los pueblos indígenas y de los equipos de salud, incorporando no sólo las categorías indígenas de salud (enfermedad a nivel descriptivo y analítico), sino la participación en el proceso de investigación y en la planificación, organización y acción del servicio de atención primaria, a los representantes indígenas, de acuerdo con propuestas deliberadas en común [19].

En la experiencia en la zona de Loreto, con la nacionalidad indígena Kichwa, fueron identificados 32 indicadores agrupados en cuatro dimensiones: comunicación y lenguaje; provisión de servicios; servicios integrados con la cultura local e intercambio de conocimientos y experiencias. En este modelo, los especialistas, tratantes y médicos rurales/comunitarios del sistema Occidental se articulan con los Yachaks (shamanes u hombres de sabiduría), Pajuyus (sobadores, personas con poderes en las manos para aliviar), parteras comunitarias y la medicina casera del sistema de salud indígena a través de la comunidad (familias, promotores de salud y mujeres líderes) en un espacio que brinda diálogo de saberes, complementariedad y cuya meta es la interculturalidad. De las cuatro dimensiones, tres de ellas (comunicación e idioma, integración con la comunidad e intercambio de conocimientos) estuvieron relacionadas con la cultura local. Un punto relevante, evidenciado por la investigación, fue la importancia de la voluntad política, no sólo para una adecuada oferta de servicios de salud de calidad, sino para la implementación de un enfoque intercultural, que trascienda las relaciones de dominación y discriminación, de modo que el concepto de ‘interculturalidad’ no aparezca simplemente como una estrategia para neutralizar el conflicto étnico entre sujetos y grupos diferentes. De hecho, la falta de voluntad política es una de las principales barreras para asentar procesos locales, tanto en relación con la sostenibilidad de un modelo de salud intercultural como a la evaluación de su implementación [20].

Pero no sólo constituye un desafío, y en algunas circunstancias un obstáculo, las actuaciones de los funcionarios públicos y la falta de voluntad política de las autoridades oficiales para el desarrollo de prácticas con el enfoque intercultural, sino la propia formación de los profesionales de la salud. Se hace necesario el despliegue



y la enseñanza de competencias interculturales en los equipos y estudiantes del área de salud. La adquisición de competencias culturales por parte del equipo de salud aborda elementos tales como: (i) el deseo cultural, que es el interés para conocer otras culturas, (ii) el conocimiento cultural, que se relaciona con el aprendizaje sobre la otra cultura, (iii) la conciencia cultural, que se establece una vez que ya se ha conocido la otra cultura, (iv) los encuentros culturales, dadas por las interacciones de personas de distintas culturas, y (v) las habilidades culturales, que son el conjunto de capacidades de respuestas a las necesidades en salud de las personas de otra cultura. También implica el aprendizaje de habilidades como la empatía, la sensibilidad cultural y la reflexión acerca de sus propios valores culturales como un ejercicio necesario para traspasar estas barreras. Sumado a lo anterior, se proponen otras estrategias relacionadas con la inclusión de estudiantes pertenecientes a pueblos originarios o a países con población migrante en los programas de pregrado del área de la salud, como el uso de películas; a través de ellas, los docentes pueden exponer a los estudiantes a una variedad de nuevas situaciones y grupos culturales en un corto periodo de tiempo [21].

La producción de declaraciones internacionales, y un conjunto de normativas nacionales en Ecuador, acerca de la garantía de los derechos de los pueblos y nacionalidades indígenas, ha ido aumentando y ha despertado en la sociedad civil y gubernamental el interés por la creación y el fortalecimiento de medidas que se enfoquen en mantener los derechos fundamentales de estos pueblos [22]. En este sentido, las acciones en salud se están enfocando en la prevención de enfermedades, dado que la gran mayoría de dolencias de esas comunidades son prevenibles. Otra categoría de situaciones de salud se relaciona con los traumatismos, lo cual motiva una orientación relacionada con la previsión de accidentes y la evitación de conflictos y violencia personal. En cuanto a la situación epidemiológica, se ha constatado que existe una mayor conciencia colectiva en relación con las enfermedades infecciosas, lo cual facilita en buena parte las medidas profilácticas y coberturas inmunológicas que se implementen contra enfermedades como la poliomielitis y la hepatitis. Se observó, entre las etnias en aislamiento voluntario y en contacto inicial, que un factor de mortalidad es la existencia de conflictos intertribales que llevan a algunas matanzas ejecutadas por los propios indígenas, aunque de etnias diferentes.

Entre las medidas recomendadas se deben incluir mejoras en los sistemas de comunicación, traslado de pacientes y prevención de enfermedades. El cerco sanitario debe incluir a todas las personas que visiten la zona, sean indígenas, colonos o extranjeros, con campañas de vacunación agresivas entre los indígenas de la zona y todos los externos que deseen ingresar a las inmediaciones. Igualmente, hay que responder a la necesidad de generar medidas de control del agua y del aire (polución) de la amazonia ecuatoriana, ya que estos pueblos beben agua que viene directamente de los ríos y, siendo las enfermedades infecciosas gastrointestinales la principal causa de morbilidad de las comunidades aledañas, un adecuado control de las medidas de sanidad básicas de los ríos amazónicos evitara infecciones graves, que en sistemas inmunológicos vírgenes, puede llegar a ser mortal [23].

La concepción de los pueblos indígenas, respecto a la salud, está ligada a una perspectiva integral del mundo. Es por ello que es pertinente definir la salud, como lo hizo la OMS, de tal manera que abarque el bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad [1]. Por ello, la salud de las poblaciones indígenas es una resultante de la integración de elementos fundamentales, como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la libertad para vivir la propia singularidad cultural en lo que respecta a la alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y, especialmente, a las posibilidades de acceso, acorde al derecho que les asiste, a los servicios públicos de atención de la salud en condiciones de equidad y dignidad.

En este contexto, se comprende la integración de la medicina indígena tradicional, entendida como aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena, sin negar que haya habido modificaciones en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado. La medicina indígena ha resurgido en la actual era, y ha ganado su legitimidad y pertinencia. Las curas tradicionales de hierbas y los tratamientos espirituales varían dependiendo del pueblo indígena, pero también existen elementos comunes a todas las etnias, pueblos y nacionalidades indígenas [5].

Una fundamentación intercultural de la atención primaria en salud debe partir de que todavía existen diversos paradigmas del conocimiento acerca de la salud, que a veces continúan disputándose las definiciones principales a la hora de aplicar políticas y prácticas de atención primaria en lo concreto. Específicamente en Latinoamérica, el modelo biomédico, fundamentado en la conciencia objetiva (contradictorio, formal), se plantea en contradicción

con la conciencia afectiva (no formal) que caracteriza al modelo tradicional ancestral. El cambio de esas actitudes permitió que el sistema de salud pública incluyera, de acuerdo con el artículo 360 de la Constitución de la República del Ecuador del año 2008, las terapias tradicionales y alternativas en la atención sanitaria, con vistas a brindar a la población una atención de salud integral con enfoque holístico y familiar comunitario. Los presupuestos teóricos de partida, para el acercamiento a los conceptos de interculturalidad y salud intercultural, se hallan en la antropología médica, ubicados en el reconocimiento de los sistemas médicos en su condición de sistemas culturales, lo cual facilita:

- Entender el proceso salud/enfermedad como un sistema de relaciones de adaptación sociocultural y espacio de lucha de significaciones.
- Considerar la enfermedad como una construcción social.
- Analizar los servicios de salud biomédicos en función de las relaciones de poder y dominación.
- Comprender que las diferencias entre los modelos explicativos de la salud y la enfermedad obedecen a perspectivas culturales [11].

### **C. Aplicaciones del enfoque intercultural en la atención primaria**

La experiencia de una propuesta implementada en la provincia de Guayas puede darnos algunas pistas valiosas para la aplicación de un modelo intercultural de atención primaria.

Primeramente, el paciente es remitido al naturópata, por el médico occidental, con el diagnóstico semiológico occidental alopático y fundamentado en las manifestaciones clínicas presentes y los exámenes complementarios realizados (imagenológicos y de laboratorio). Una vez determinada la impresión diagnóstica, registrada en la historia clínica, se aplica el tratamiento ancestral tradicional, que se inicia con la limpieza energética.

El concepto fundamental que se aporta en esta experiencia es la de salud intercultural, el cual se concibe como el proceso en el que las distintas percepciones y prácticas de salud enfermedad- atención operan desde los distintos sistemas médicos. Esto implica la integración de las prácticas culturales ancestrales, así como la incorporación de los actores tradicionales, junto a promotores interculturales y el empleo de las lenguas originarias en el sistema de atención de salud. Por supuesto, la aplicación de este modelo supone varias condiciones mínimas, en las que se distinguen tres dimensiones:

1. Política: voluntad política, garantía básica para el reconocimiento del escenario de multiculturalidad y derivación de las distintas estrategias de adecuación y comunicación intercultural.
2. Estructural: permite y facilita la adecuación cultural de los servicios de salud en las distintas instancias del sistema sanitario.
3. Formativa: garantiza la formación intercultural del personal médico y su adecuada capacitación en comunicación intercultural, además de que lo prepara para desempeñar la función de mediador intercultural.

De esta manera, se integra el proceso de comunicación y adecuación intercultural con el componente formativo.

- Adecuación cultural de los servicios de salud: incorporación del naturópata y otros actores sociales en el equipo multidisciplinario de atención en la APS (proceso de atención naturopática, promotores interculturales, hombres y mujeres de sabiduría, entre otros).

- Definición de espacios de interculturalidad: parto vertical, casas de espera y compañía familiar.

- Comunicación intercultural en salud: formación y capacitación en medicina ancestral tradicional (nivel de conocimientos sobre prácticas ancestrales y capacitación a los equipos multidisciplinarios en interculturalidad).

- Capacidad comunicacional: respeto a la diversidad cultural, capacidad de desarrollar un proceso de comunicación intercultural (respeto a la individualidad, actitud flexible y aceptar las diferencias, por citar algunos).

En este enfoque intercultural, la metodología de la investigación empleada prioriza el empleo del paradigma cualitativo, en tanto se han realizado historias de vida, observación participante y entrevistas, además de la incorporación de los resultados del trabajo que, desde los postulados de la investigación-acción-participación, se consiguen con el proyecto realizado en las 28 áreas de salud de la provincia de Guayas.

Esta propuesta, desarrollada entre 2007 y 2012, propició la modificación de creencias, conductas y actitud del personal institucional y puso de relieve la importancia de conocer las representaciones y prácticas locales que del proceso salud-enfermedad tienen estas poblaciones, siempre respetando, ante todo, su cultura y su derecho a la

diferencia [11].

Con el enfoque intercultural se plantea la armonización de los sistemas de salud indígena y convencional a través de la incorporación de las perspectivas, medicinas, y terapias indígenas, en los sistemas nacionales de salud. En un primer momento, esto permitirá la adaptación de los programas convencionales de salud a la realidad de las comunidades indígenas. En un segundo momento, este acercamiento dará lugar a la incorporación de la medicina y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud [24].

El enfoque intercultural de la salud implica reconocer la coexistencia de los sistemas de salud “formales” y los “informales”. En la práctica, los usuarios indígenas y de otras culturas nos muestran que son enfoques complementarios. El conocimiento de la comunidad nos ayudará a entender cómo es concebida y, en consecuencia, cómo puede ser abordada. Los pueblos indígenas andinos organizan el pensamiento en pares o dualidades, lo frío y lo caliente, lo alto y lo bajo, o lo masculino y lo femenino, y tienen un gran respeto por los ancestros, los antepasados y los espíritus. Es en esta área, donde emergen los rituales formando parte tanto de lo cotidiano, como eventos particulares en el desarrollo de la persona. Este es el caso de la concepción, el nacimiento, el cuidado de la placenta y el ombligo, la puesta del nombre, el primer corte de cabello, el primer corte de uñas, y los rituales y ceremonias que acompañan esos momentos. El encuentro con la muerte es descrito como un proceso de transición a otros mundos. Los conceptos y las prácticas de pueblos milenarios conciben la salud como el resultado del balance en todos los aspectos de la vida: económicos, políticos, culturales, espirituales y ambientales. Esto debe traducirse en la relación diaria con las personas y pacientes indígenas, en un trato digno que tenga en cuenta los conocimientos, las expectativas y esperanzas, los miedos y las emociones, el dolor y la angustia frente a la enfermedad y la muerte [25].

#### **D. Pertinencia de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural**

Otro significativo aporte, en la construcción de un enfoque intercultural de la salud, es la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural, desarrollada a partir de la década de los 80 por la doctora Madeleine Leininger. Desde el punto de vista epistemológico, esta teoría permite articular elementos de la Antropología relativista, surgida en la década de los 50 en los Estados Unidos, (distinguiéndose de la Antropología evolucionista de origen europeo), que combina conceptualizaciones provenientes de la Psiquiatría y de la Enfermería. Es por ello, que es pertinente para la consideración de la atención primaria a las poblaciones indígenas.

La categoría central de la elaboración de la doctora Leininger es la de cuidado cultural. Si bien, el cuidado corresponde a una universalidad de la especie humana, en cada cultura se desarrolla de maneras diferentes. Estas particularidades son las que se deben describir, interpretar y explicar, mediante métodos cualitativos inspirados en la etnografía antropológica y en otros procedimientos hermenéuticos, rompiendo con el etnocentrismo, para, incluso, incorporar y asumir algunos de esos enfoques tradicionales de las diferentes culturales, así como sus prácticas e intervenciones, para contribuir al logro del cuidado adecuado [26].

De tal manera que, las conceptualizaciones de la teoría giran alrededor de la categoría de cuidado cultural. La noción puede analizarse como la articulación de otros dos conceptos, procedentes de disciplinas diferentes: la Antropología y la Enfermería. La cultura, concepto central de la Antropología, trata de la manera en que cada grupo humano da significado a lo que le rodea, sea un entorno natural o propiamente social en general. Por extensión, se entiende por cultura, los valores, las creencias, las maneras de vivir y las tradiciones que se transmiten de generación en generación. Por otra parte, el cuidado es entendido, en la teoría de la doctora Leininger, como las acciones y actividades dirigidas hacia la asistencia, el sostenimiento o la habilitación de individuos o grupos con necesidades evidentes o anticipadas para mejorar o prosperar dentro de una condición de vida o un modo de vida, o para afrontar la muerte [27].

La teoría transcultural de Madeleine Leininger postula el denominado “modelo del sol naciente” de acuerdo con el cual el individuo requiere ser analizado en función de cuatro niveles, que van de lo más a lo menos abstracto. En el nivel uno se representa la visión del mundo y los sistemas sociales: permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas: microperspectiva (los individuos de una cultura), perspectiva media (factores más complejos de una cultura específica) y macro perspectiva (fenómenos transversales en diversas culturas). Estas características representan el entorno donde se desenvuelve el individuo a través de estructuras sociales que define la Sociología. Mediante el nivel dos de análisis se visualiza la información respecto de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud, además de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de salud; lo cual es abordado por la Antropo-



logía con su método etnográfico. Esto es integrado a la Enfermería por Leininger para proponer la Etnoenfermería como herramienta para la recolección de información. En el nivel tres, el modelo del “sol naciente” proporciona información acerca de los sistemas genéricos o tradicionales y profesionales, incluyendo la Enfermería, que actúan dentro de una cultura con la identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales. Finalmente, el nivel cuatro determina la ruta de las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros; en esta etapa se desarrollan actividades que incluyen la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales, lo que se denomina “cuidados culturalmente congruentes”. Desde esta perspectiva de Enfermería, el reto es descubrir el significado de la conducta, flexibilidad, creatividad y conocimiento de las diferentes culturas para adaptar las intervenciones de Enfermería [28].

### III.METODOLOGÍA

#### A.Revisión documental

El diseño de la presente investigación fue de revisión documental y bibliográfica. Para ello se realizó en un primer momento una exploración en los repositorios de varias universidades latinoamericanas, así como en las bases de datos de revistas científicas como REDALYC y PUBMED. Para realizar la búsqueda, en primer lugar, se desglosaron los términos claves de los enunciados conocidos del problema a investigar; luego se desarrolló una estrategia de búsqueda mediante operadores de intersección (and, or, not), colocando frases en comillas o recuperando variantes de términos. Se distinguieron y agruparon las fuentes, según las categorías de: artículos científicos, libros o tesis de grado. A continuación, se procedió a la lectura y captación de las nociones y conceptos principales, plasmadas tanto en los resúmenes como en el cuerpo de las publicaciones. Igualmente, se registraron los datos, informaciones y explicaciones obtenidas en el plano teórico y en el referido a experiencias.

#### B.Niveles de abstracción de los conceptos y referentes de las explicaciones

Seguidamente a la lectura del material acopiado, se sistematizaron los conceptos, definiciones, explicaciones y datos de las informaciones acerca de las experiencias recogidas. Estos elementos teóricos y conceptuales se ordenaron de acuerdo con su grado de abstracción y/o concreción, con el fin de elaborar un esquema de las ideas a ser desarrolladas, en un orden deductivo e inductivo.

### IV.RESULTADOS

#### A.Relevancia del marco normativo y político

De la revisión documental realizada se desprende la relevancia que adquiere el marco normativo, constituido por las declaraciones de las organizaciones internacionales (ONU, OPS, OMS), la existencia de disposiciones relativas a los derechos de los indígenas en la Constitución y las leyes, así como los planes nacionales, que orientan en principio la acción de los organismos del Estado, en aras del reconocimiento efectivo de los derechos de los pueblos y nacionalidades indígenas, y la implementación de acciones que, con una orientación intercultural, garanticen los continuos pronunciamiento hacia el conocimiento, comprensión e incorporación de los elementos culturales en la atención primaria de salud, la epidemiología y demás medidas destinadas a mejorar la salud de estas poblaciones y comunidades. Sin embargo, este marco normativo solo fue posible por la acción de diversos movimientos reivindicativos de las mismas comunidades indígenas, así como de diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que han gestionado el respeto de esos derechos y elaborado propuestas, ante los organismos nacionales e internacionales, para la formulación de lineamientos políticos concretos, a fin de que esos derechos y el reconocimiento cultural se hagan efectivos. En este sentido, cabe destacar que, si bien, desde la Declaración de los Derechos de los Indígenas, por parte de la ONU hasta nuestros días, ha habido algunos avances, todavía persisten muchas carencias, denunciadas y planteadas por los movimientos reivindicativos que se hacen presentes en la opinión pública nacional e internacional.

#### B.Inter, multi y transdisciplinariedad en lo epistemológico

Junto a estos avances legales y en las políticas públicas, las transformaciones epistemológicas de las Ciencias de la Salud, en diálogo con las Ciencias Sociales, como la Antropología y la Sociología, así como la reconsideración de fundamentos filosóficos y éticos básicos, han permitido la legitimación del enfoque intercultural, a la hora

de concebir, diseñar y aplicar modelos de atención primaria y de salud en general, además de confeccionar los programas de formación de los nuevos profesionales de la salud en la Educación Superior, y hasta otros niveles de la educación, integrando el respeto y consideración hacia el patrimonio cultural de las nacionalidades y pueblos indígenas. La Etnomedicina, la Antropología médica, aparte de la teoría de la diversidad cultural y la universalidad del cuidado, han surgido como áreas interdisciplinarias que, rompiendo con la concepción biológica y empirista occidental predominante, han de alimentar los currículos de los nuevos profesionales del personal de salud. De esta manera, hay un vuelco epistemológico que implica la asunción de nuevas metodologías, como la etnografía, que incorpora fundamentos hermenéuticos y fenomenológicos, más allá de los métodos cuantitativos de inspiración positivista, para el estudio de las culturas de las poblaciones indígenas, que se convierten en sujeto de su propia atención, al ser incorporadas sus concepciones y prácticas tradicionales a la atención primaria y de las mujeres parturientas, gestantes, los niños y los adultos mayores.

### **C. Valoración de las experiencias de atención primaria de salud intercultural y adaptación a cada realidad**

Las experiencias observadas, tanto en el Ecuador como en otros países latinoamericanos, muestran la necesidad de atender los aspectos normativos, políticos, organizativos y epistemológicos. Tanto así que, se señala como un posible obstáculo, para la generalización de la integración de las prácticas y concepciones indígenas en la atención primaria, precisamente la falta de voluntad política de los funcionarios del área de la salud en diferentes Estados. Las experiencias analizadas confirmaron las ventajas del enfoque intercultural al recibir una mayor aprobación de las comunidades receptoras del servicio, así como una mejoría de la atención efectiva en mujeres gestantes, niños y adultos mayores. Cuestiones como la integración de elementos para el diagnóstico de las dolencias, la formulación de tratamientos y la concepción de los cuidados fueron abordadas procurando integrar, además de los saberes y creencias indígenas, a su propio personal tradicional, tales como parteras, chamanes o conocedores, al igual que practicantes de técnicas tradicionales y ancestrales para el cuidado de traumatismos (sobadores, rituales, etc.). Esto debe ser complementado con medidas que atañen al cuidado del ambiente natural, la atención a los ríos y a los ecosistemas, de cuyo sostenimiento depende también la salud de los pueblos y naciones que establecen una relación de complementariedad y pertenencia a esos espacios y sistemas biológicos. Ahora bien, esas experiencias deben atender a las especificidades de cada realidad local, para lo cual lo principal es haber asumido la orientación general de la interculturalidad y la aplicación de métodos de investigación para conocer los entornos culturales de cada etnia.

### **V. CONCLUSIONES**

1. Es necesaria una decisiva voluntad política por parte de los gobiernos, apoyados en las declaraciones de las organizaciones internacionales, así como en el orden jurídico y constitucional del Ecuador, para implementar efectivamente sistemas de atención primaria con orientación intercultural, en los cuales se integren tanto los saberes ancestrales de los indígenas como a los practicantes de esta sabiduría.

2. Se observa la necesidad de incorporar en los currículos de formación universitaria, de los profesionales de la salud, los enfoques inter y multidisciplinarios de la interculturalidad, para formar médicos, enfermeros y demás miembros del equipo de salud con una visión intercultural.

3. Debe profundizarse en los fundamentos y consecuencias epistemológicas que, en el campo científico, tiene la incorporación de los saberes y prácticas indígenas, para renovar las metodologías con el fin de conocer las peculiaridades culturales de cada etnia, pueblos o nacionalidad indígena del Ecuador, para diseñar y aplicar sistemas de atención primaria acordes con cada realidad local o regional.

4. Las experiencias de integración de la sabiduría tradicional indígena en la atención primaria de salud deben registrarse y sistematizarse, para aumentar la publicación de enseñanzas y nuevos conceptos que surgirán de la discusión de esas prácticas que incorporen conocedores tradicionales y practicantes de técnicas tradicionales en el cuidado de mujeres gestantes y en proceso de parto, niños y adultos mayores, así como la atención de dolencias específicas.

5. La relevancia de estos estudios futuros está avalada por las repercusiones en las políticas públicas, así como en las realidades institucionales de las casas de educación superior y las instituciones nacionales encargadas de la salud de la población en general.

### **REFERENCIAS**

[1] Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, «Resolución 48/134 de la Asamblea General de

- las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos y naciones indígenas,» de Asamblea General Resolución 48/134, New York, 2009.
- [2] Organización Panamericana de la Salud, «Derechos Humanos y Salud de los pueblos indígenas,» Organización Panamericana de la Salud, New York, 2008.
- [3] Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Manual para las instituciones nacionales de Derechos Humanos, Nueva York: Alto Comisionado de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, 2013.
- [4] C. Torres Parodi y M. Bolis, «Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas públicas para la equidad,» Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 22, nº 3, pp. 405-414, 2007.
- [5] IIDH-OPS, «Salud indígena y derechos humanos,» OPS, Quito, 2006.
- [6] Organización Panamericana de la Salud, «Iniciativa de la Salud para los Pueblos Indígenas. Lineamientos estratégicos. Plan de acción 2003-2007,» Organización Mundial de la Salud, Quito, 2003.
- [7] Consejo Mundial de las Iglesias, «Segunda Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos,» Consejo Mundial de las Iglesias, Quito, 2005.
- [8] Grupo Internacional de Trabajo sobre asuntos indígenas, Instituto de Promoción de Estudios Sociales, Fundación Diversidad, «El Derecho a la Salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial,» Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, Quito, 2007.
- [9] Organización Panamericana de la Salud, «Salud de los pueblos indígenas de las Américas,» OPS, Quito, 1998.
- [10] Organización Internacional del Trabajo, «Convenio número 169 de la OIT. sobre pueblos indígenas y tribales: hacia un futuro inclusivo, sostenible y justo,» OIT, New York, 2019.
- [11] L. Almeida Vera, «Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud,» Medisam, vol. 8, nº 18, pp. 46-61, 2014.
- [12] Organización Internacional del Trabajo, «Implementación del Convenio núm 169 de la OIT sobre los pueblos indígenas y tribales: Hacia un futuro inclusivo, sostenible y justo,» OIT, New York, 2019.
- [13] C. Eysaguirre, Proceso de incorporación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en las prácticas oficiales de la salud. Tesis Magister Antropología, Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.
- [14] Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), «Sobre la salud y la seguridad de los pueblos indígenas en riesgo debido al coronavirus (COVID 19),» FAO, New York, 2020.
- [15] Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas (ECMIA), Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México (AMICAM), Red de Mujeres Indígenas Asiáticas (AIWAN), Organización de Mujeres Indígenas Africanas (AIWO), «Llamado colectivo de las mujeres indígenas ante el COVID 19. Foro Internacional de Mujeres Indígenas,» ONU, New York, 2020.
- [16] Laboratorio de interculturalidad FLACSO Ecuador, Etnohistoria de los pueblos y nacionalidades originarias del Ecuador, Quito: FLACSO Ecuador, 2015.
- [17] UNICEF, Nacionalidades y pueblos indígenas. Políticas interculturales en Ecuador, Quito: UNICEF, 2009.
- [18] República del Ecuador, «Constitución de la República del Ecuador,» de 2008, Quito, 2008.
- [19] S. Ramírez Hita, «Políticas de salud basadas en el concepto de multiculturalidad: los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano,» Avá Revista de Antropología, vol. 14, nº 2, pp. 1-28, 2009.
- [20] E. Arteaga, M. San Sebastián y A. Amores, «Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural en el cantón Loreto, Ecuador,» Saúde em Debate, vol. 36, nº 94, pp. 402-413, 2012.
- [21] L. Véliz Rojas, A. Bianchetti Saavedra y M. Silva Fernández, «Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural,» Cuadernos de Saúde Pública, vol. 35, nº 1, pp. 62-71, 2019.
- [22] C. Walsh, Interculturalidad: Estado, sociedad: luchas decoloniales de nuestra época, Quito: Aby Yala UASB, 2015.
- [23] E. Ortiz Prado y G. Ceballos Serra, «Marco estratégico para la protección de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial. Consultoría sobre situación de salud de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial en el Ecuador,» Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, Quito, 2014.
- [24] J. Betancurt, A. Green, J. Carrillo y Anane-Firempong, «Defining Cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care,» Public Health, vol. 118, nº 2, pp. 293-302, 2016.

- [25]R. Ceballos, A. Amores y R. Rojas, Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas, Quito: Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas, 2009.
- [26]L. Pereira de Melo, «A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geohistórica,» Ensaio e Ciencia: ciencias biológicas, agrarias e da Saúde, vol. 14, nº 2, pp. 21-32, 2010.
- [27]C. Rohrbach-Viadas, «Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger,» Revista Cultura del cuidado, vol. 2, nº 3, pp. 32-46, 1998.
- [28]O. Aguilar Guzmán, I. Carrasco González, M. García Piña, A. Saldívar y R. Ostiguín Meléndez, «Madeleine Leininger: análisis de sus fundamentos teóricos,» Revista de Enfermería Universitaria, vol. 4, nº 2, pp. 26-32, 2007.

## RESUMEN CURRICULAR



**Albán Meneses, Consuelo de Jesús:** Lic. En Enfermería, Magister En Gerencia De Servicios De Salud, Docente De La Universidad Técnica De Babahoyo



**Víctor Manuel Sellan Icaza:** Licenciado En Enfermería, abogado De Los Juzgados Y Tribunales De La República Del Ecuador, Magister En Gerencia De Servicios De Salud. Labora Hospital General IESS Babahoyo Experiencia 23 Años



**Consuelo Lorena Moran Albán:** Lic. En Enfermería, Coordinadora De Cuidados De Enfermería Hospital Del Día San Juan