

La Salud Intercultural en el Sistema de Salud Chileno

Una Mirada desde lo Local¹

Introducción:

Una mirada histórica a los procesos de salud enfocados hacia los pueblos indígenas.

Con el proceso de apertura democrática, luego del período post dictadura, y especialmente a partir del Acuerdo de Nueva Imperial, se formaliza sobre la democracia de los consensos la idea de resolver un conjunto de reivindicaciones políticas que reclamaban los pueblos indígenas al Estado Chileno. Se institucionalizan como mecanismos primarios la visibilización de la “cuestión indígena” como una medida gubernamental básica que establecería el conjunto de demandas que serían abordadas mediante la creación de la Comisión Especial de Pueblos Indígenas (CEPI), organismo que sentaría las bases de la actual Corporación de Desarrollo Indígena (CONADI)

Este acontecimiento marcaría las bases con las cuales los actores políticos y sociales del país definirían los “ajustes democráticos institucionales” necesarios de realizar para resolver la denominada deuda histórica. Este proceso de apertura político – institucional entre los pueblos indígenas y el Estado Chileno, como se reflejaría años más tarde – excluiría las demandas básicas de reconocimiento y autonomía territorial, para asentar un modelo de gestión de demandas indígenas basadas en la asimilación cultural y o simplemente la integración sociocultural. Esto significa asumir primariamente la tesis que los mecanismos de dialogo, siempre han sido regulados desde lo público, por lo que cualquier aireación que se pueda hacer del rol del movimiento indígena pasan por las oportunidades que se han abierto a partir del espacio democrático.

Una primera reflexión. La idea de movimiento, tal como lo plantea Salvador Martí Puig, habla por si mismo de las coyunturas que posibilitan la aparición de movimiento, reforzando la idea de la estructura de oportunidades políticas (EOP) presente en la sociedad. Desde esa visión, la Política de Salud y Pueblos Indígenas se inspira en la

¹ Reflexión desarrollada en el contexto de experiencia del Servicio Salud Bío Bío (en fase de elaboración). Ricardo Hernández F.

idea de facilitar una mejor adaptabilidad de la oferta programática del sector salud con los pueblos originarios, siendo una respuesta natural a los problemas de acceso, resolutivez, calidad de atención, entre otros, de los cuales son objeto las comunidades indígenas como resultante de la marginalidad y exclusión social. Podría de esa forma., afirmarse que la construcción de una política de salud intercultural, con financiamiento regular, es el primer impacto positivo que a logrado el movimiento indígena en la estructura de la administración pública. Resulta evidente entonces, que los procesos de trabajo entre representantes indígenas permitieron a los servicios de salud del país, replantearse en tema de la pertinencia cultural de la atención en salud hacia los pueblos indígenas, incorporando ajustes al sistema como lo son los facilitadores interculturales, entre otros.

Una segunda reflexión. A partir del esfuerzo por incidir en la calidad de la atención que se brinda a los pueblos indígenas, las organizaciones lograron asentar una discusión sobre las estrategias con las cuales se podría ir legitimando su sistema médico ancestral. Esto significó la instalación de un largo periodo de consulta ciudadana a los pueblos indígenas del país que permitió durante el año 2006 la creación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas en el Ministerio de Salud Chileno.

A partir de esa acción, se reforzaría la idea de avanzar en el cumplimiento de los logros sanitarios del sistema de salud chileno, pero paralelamente, se establecerían las condiciones con las cuales se buscaría una mejor pertinencia cultural del sistema de salud occidental. Reaparece con fuerza la idea de construir modelos de salud intercultural para las poblaciones indígenas del país, que dependiendo de la realidad territorial que haya, han permitido (previo consenso con las organizaciones) promover la complementariedad entre sistema médicos (Hospital Makehue, Parto Aymara, Nueva Imperial, Alto Bío Bío, etc) o simplemente mejorar los sistemas de adaptación programática de las acciones de salud a la realidad sociocultural indígena (Programas Transversales, Desarrollo Psicomotor, etc).

Una tercera reflexión. Como resultado adicional a ese logro, se podría mencionar la co-gestión (en algunos casos) de ofertas públicas que han permitido abordar aspectos fundamentales de los sistemas de salud indígenas, como lo son el desarrollo, recuperación y fortalecimiento de su sistema médico a través del Programa Orígenes (CONADI-BID) que ha puesto sus estrategias de trabajo en los territorios indígenas en términos de reforzar experiencias de salud intercultural que permitan en un largo plazo la construcción de modelos de salud intercultural en la redes asistencial.

Con lo planteado, se podría afirmar que la construcción de un proceso de salud intercultural, principal desafío de la institucionalidad pública, vendría siendo una respuesta a los movimientos indígenas que a partir de la post-modernidad, han buscado nuevas formas de vinculación con el Estado. A partir del análisis realizado, podemos concluir preliminarmente que la política de salud intercultural, desde una óptica capaz de recoger las diferenciación de las aspiraciones ciudadanas, como lo destacan los teóricos comunitarios Charles Taylor y Walter Kymlicka, debieran basarse en el reconocimiento como la clave para la formación de la identidad, contraponiéndose a la política universalista en la cual la dignidad de los ciudadanos se resuelve en una política de igualación de derechos ciudadanos.

Pero ¿Podría haber un impacto mayor en el sistema de salud desde el Movimiento Indígena? Como lo afirmamos, las reglas de la ajustabilidad al sistema democrático han sido promovidas por el Estado Chileno sobre la base de un proyecto político social que niega por definición la probabilidad de mayores niveles de autonomía de los pueblos indígenas. Esta situación, que atenta sobre un principio básico para la conformación de democracias culturales, ha llevado a una atomización de los pueblos indígenas, promoviendo agendas alternativas, fuertemente localistas en algunos casos, que han omitido la idea de un proyecto país desde “la propia conformación del mundo indígena”.

Por otro lado, la valoración de la incidencia de los pueblos indígenas a la política de salud intercultural, debiera abrir debates sobre el modelo de desarrollo que hemos pactado como sociedad chilena. El llamado Desarrollo con Identidad debiera abrir pasos para que los pueblos indígenas establezcan como condiciones básicas para la “construcción de modelos de salud intercultural” el reconocimiento de sus sistemas de salud ancestrales como un sistema alternativo y compensatorio al reconocimiento constitucional. Desde allí, podría ser factible seguir avanzando en propuestas que permitan la legitimidad no solo social de los sistemas de salud sino también la legitimidad jurídica.

Para el logro de aquella aspiración, evidentemente se requiere de la articulación del movimiento en torno a un proyecto político que busque permear las bases de la institucionalidad vigente, especialmente las del sistema sanitario chileno. En esa tarea, a juicio personal, parece que se han diluido fuerzas con negociaciones locales que no hacen otra cosa que reforzar la idea de fragmentación y promoción de identidades individuales por sobre las identidades colectivas. Por lo mismo, la

cuestión indígena, sigue siendo un tema de estado e indígenas y no de Estado, Indígenas y Sociedad Civil.

El Desafío de Hacer Salud Intercultural desde la Institucionalidad Pública: La Experiencia del Servicio de Salud Bío Bío.

La salud intercultural, comprendida como la capacidad y oportunidad de la complementariedad entre sistema de salud para un mejor nivel de vida de la población, constituye una construcción social que por definición tiene su origen en el reconocimiento de que no existe ningún sistema médico que por si solo pueda contribuir a asegurar en un ciento por ciento el bienestar de la población. Desde esa perspectiva, se puede señalar que la salud intercultural requiere para su ejercicio del reconocimiento implícito de otro, esto significa, que la salud intercultural intrínsecamente conlleva significaciones de aceptación, de valorización y de legitimidad social en el contexto que se quiera desarrollar.

A partir de esa apreciación, es posible afirmar que el ejercicio de la salud intercultural se emplaza fuera del espacio gubernamental o público, que recoge su legitimidad de la valorización social que hacen las personas de su uso y de las posibilidades que se tiene de acceder a sus atributos. Por lo mismo, la salud intercultural se ubica dentro de las cuestiones sociales que permiten hablar de procesos sociales más que de procesos políticos. A pesar de la necesidad de provocar cambios estructurales en la sociedad que busquen su "igualación en estatus jurídico" frente al sistema de salud occidental.

Sobre esa base, podemos afirmar que resulta posible realizar procesos de salud intercultural en la sociedad siendo requisito esencial para el cumplimiento de ese propósito, la búsqueda permanente de comunicación y consenso entre la sociedad civil y el mundo indígena. De esa forma, podría avanzarse en la construcción de un paradigma multicultural que posibilite la realización de experiencias de complementariedad en el mismo sistema de salud mediante la creación de espacios de trabajo colaborativo entre agentes de sistemas médicos. Solo se esa forma, se puede recoger la demanda de reconocimiento y aceptación que plantean las sociedades multiculturales como la chilena.

Sin embargo, la ofensiva social (y política desde otro frente), nos debiera permitir resolver primariamente las siguientes situaciones; condiciones básicas para hablar de salud intercultural; nos referimos a problemas de reconocimiento de derechos

ciudadanos, es decir, considerando la salud como un derecho universal consagrado en la constitución; mejorar la equidad, vinculada a sistemas de protección social capaces de asegurar la accesibilidad a la salud de los pueblos indígenas; construcción de solidaridades respecto a asegurar la protección en salud mediante un financiamiento de un sistema solidario; la calidad, relacionada con garantizar la efectividad sanitaria y la eficiencia en la gestión para responder a los derechos de salud y la participación comprendida como la corresponsabilidad social que surge del trabajo colectivo y coherente de toda la sociedad en el proceso salud –enfermedad.

Por lo tanto, a pesar de que es posible la realización de la salud intercultural sin apoyo gubernamental, se requiere de cambios significativos en sus estructuras para dar un giro entre la cultura sanitaria a una cultura socio-cultural-sanitaria. A partir de los cambios que puedan darse desde lo público, se pueden visualizar enormes oportunidades para el fortalecimiento de los sistemas médicos bajo el precepto de la valorización de conocimiento a partir de los propios imaginarios colectivos visibles en la sociedad. Esto no otra cosa que el acto de no negación de los saberes visibles en el otro y en los otros.

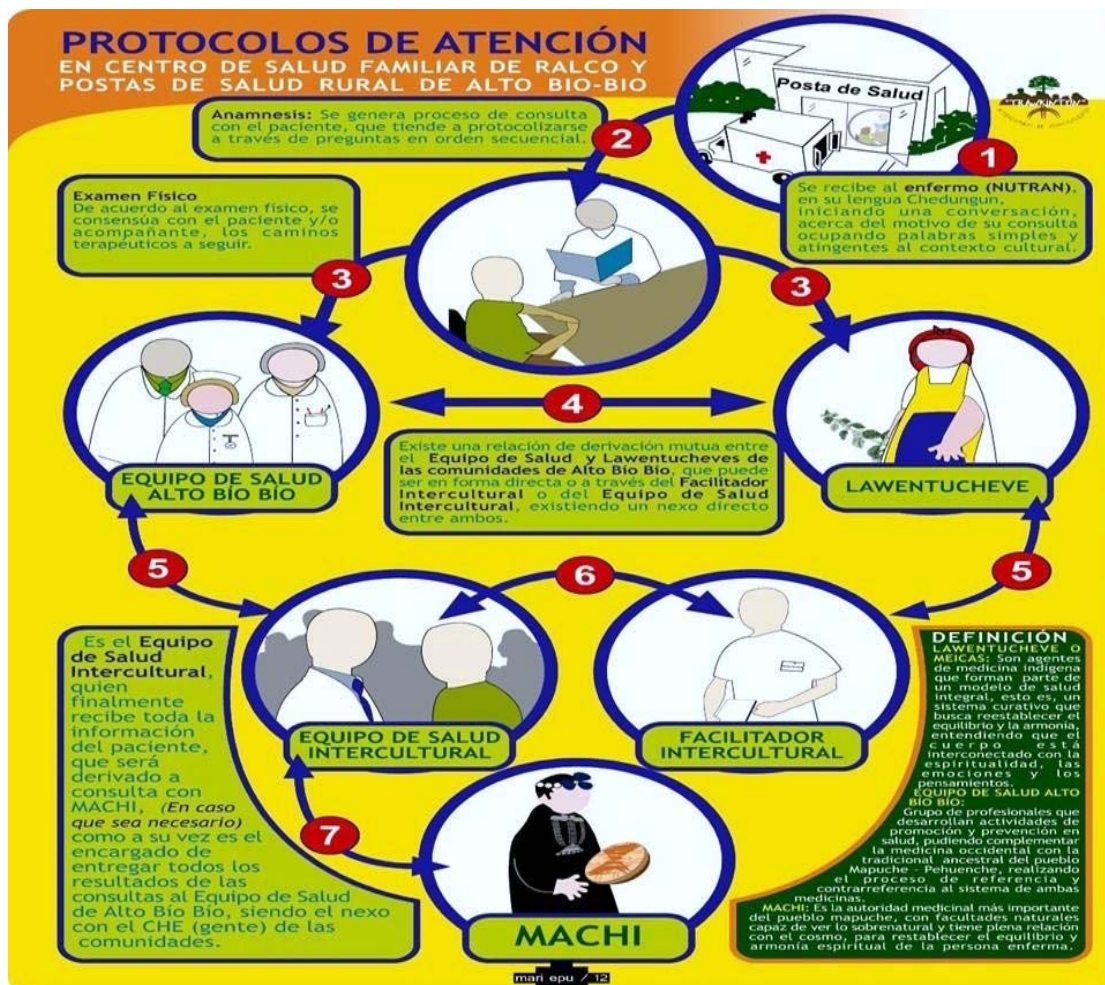
La experiencia del Servicio de Salud intenta caminar por la vía de la legitimidad social y por la vía de la legitimidad jurídica. Sin embargo, sería pretensioso e impensable creer que la práctica de la salud intercultural requiere de dependencias de lo gubernamental. Sería muy parecido a pensar que los sistemas de salud indígena requieren de apoyos públicos para su subsistencia. Por sobre todo, los requisitos para su práctica pasan por el campo de la comunicación intercultural, por hacer de la salud intercultural un eje de una política de nuevo trato.

Desde lo público, en el caso de la experiencia del Bío Bío, hacemos salud intercultural reconociendo un norte consensuado con las comunidades en nuestras acciones. Decimos y pensamos, que conforme existan los sistemas culturales habrá mayores y mejores oportunidades para una mejor salud de las personas y comunidades. Esto significa, comprender la cosmovisión indígena como un elemento de connotación vital para la vida de las personas y comunidades en sus respectivos territorios. No significa otra cosa, que buscar la instauración de un paradigma multicultural cuya principal expresión sea la valorización de la diversidad y reconocimiento de los pueblos indígenas en tiempos de modernidad.

La Irrupción de un Modelo de Salud Intercultural en Bío Bío.

En el área de intervención denominada Modelo de Atención de Salud Intercultural , el Servicio de Salud Bío Bío desarrolla un conjunto de iniciativas en la red asistencial sobre la base de consensos construidos con las comunidades indígenas del Alto Bío Bío. Destacan dentro de esa línea la puesta en marcha de tres experiencias pilotos en salud intercultural en los territorios indígenas de Cauñicu y Callaqui asumiendo como ejes de intervención los Centros de Atención de Medicina Pehuenche implementados y el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Ralco, comuna de Alto Bío Bío. Se trata de espacios que disponen orientados a facilitar el acceso a la medicina indígena cuando sus usuarios provienen de otras comunidades indígenas. Sin embargo, su importancia mayor radica en el factor de visibilización de la medicina indígena en el territorio y por ende, su sentido de vinculación con los equipos de salud de la Red Asistencial. Constituyen el espacio matricial que permite la generación de mecanismos de referencia y contrareferencia para la práctica de la salud intercultural según se visualiza en la siguiente infografía.

Esquema Experiencia de Salud Intercultural desde el Enfoque de Complementariedad entre Sistemas de Salud.



Elementos Básicos de un Sistema de Gestión Participativo en Salud Intercultural.

La complementariedad en la experiencia, no solo habla de las formas y vínculos que se han construido entre el sistema de salud indígena y no indígena, habla también de la necesidad de articulación efectiva en la red asistencial de un modelo de salud intercultural para la comunas que concentran población indígena. Esto significa, que no puede visualizarse la experiencia del CESFAM de Ralco como una acción aislada, aunque sea en el contexto local. Los caminos de la complementariedad, como los de mayor pertinencia cultural en las actividades de salud, son el resultado de acciones previas desarrolladas en cada uno de los componentes de los sistemas que entran a interactuar. Con todo lo anterior, **afirmamos que la complementariedad es solo un eje del transitar hacia la construcción de un modelo de salud intercultural, comprendido como el puente intermedio en el itinerario terapéutico** que pretende rescatar lo mejor de cada sistema por parte de los propios usuarios(as). Para comprender aquellas relaciones, nos aventuramos en graficar la ubicación de la experiencia de complementariedad que analizamos en el contexto de un desafío mayor que se busca como equipos de salud en el territorio del Alto Bío Bío.

La composición estructural de los elementos que describimos, se realiza sin renunciar al quehacer de los equipos de salud en pos del cumplimiento de los objetivos sanitarios y menos, en los esfuerzos de construir un modelo de atención con enfoque familiar y comunitarios, sino más bien se realiza con la convicción de que un modelo de salud intercultural podría ser la respuesta más efectiva a la epidemiología local de las comunidades pehuenches.

La interculturalidad en salud constituye un mecanismo social, derivado de consensos sociales con las comunidades indígenas que desde la participación ciudadana busca consensuar las mejores formulas para trabajar colaborativamente con las organizaciones indígenas. El ejercicio de la medicina indígena, como capital endógeno del territorio proporciona sentido y coherencia a la construcción de pertinencia y complementariedad con la biomedicina. Por lo mismo, constituye un esfuerzo organizado por dar respuesta no solo a los requerimientos desde el Minsal, sino que intenta impregnar con su propio sello el hacer de los equipos locales de salud mediante un Programa de Salud Intercultural.

Con la implementación de la experiencia de Modelo de Salud Intercultural se espera establecer las condiciones técnicas que permitan de la consolidación de un Nuevo Modelo de Atención en Salud para población indígena que contribuya a consolidar procesos de complementariedad entre el sistema biomédico y el sistema médico indígena presente en el territorio.

Para el cumplimiento de ese objetivo el Servicio de Salud a desarrollado un conjunto de actividades que buscan potenciar los procesos de salud intercultural en la comuna de Alto Bío Bío, siendo posible mencionar algunas estrategias, como por ejemplo, Constitución de la Mesa Provincial de Salud Intercultural, organización de Seminarios y Congresos para el reconocimiento de los sistemas médicos indígenas y constitución de Comisión Consultiva de Políticas de Salud y Pueblos Indígenas en Alto Bío Bío, implementación de Programa de Formación y Capacitación Continua de Salud con Enfoque Intercultural para funcionarios de los establecimientos de la red y gestión de proyectos locales para el fortalecimiento de la medicina indígena pehuenche.

El conjunto de estrategias mencionadas, cuya principal expresión la constituye el diseño de un modelo de salud intercultural que permita consolidar un nuevo sistema de atención para las comunidades pehuenches, pretende establecer las condiciones operativas y técnicas que permitan a los profesionales y técnicos de los establecimientos de salud de la comuna, como a la propia red asistencial de Bío Bío, uniformar criterios y prácticas de trabajo que permitan la complementariedad con los agentes de medicina indígena de la comuna de Alto Bío Bío. Por otro lado, con la implantación de un modelo de salud intercultural, se reorientan las estrategias de trabajo que han caracterizado el *proceso de salud intercultural* en Alto Bío Bío, para dar paso de una experiencia *piloto* a la definitiva implantación de un *Modelo de Salud Intercultural*.

Para este efecto, comprenderemos un Modelo de Salud Intercultural como la “articulación equilibrada de elementos sociosanitarios de diferentes sistemas de salud que cohabitan en un territorio y que, en su conjunto, permiten la complementariedad de sus agentes de salud para asegurar un estado de bienestar adecuado mediante la prestación de servicios terapéuticos a su habitantes”. Esto presupone indudablemente la aceptación de un paradigma pluricultural y especialmente, del reconocimiento de las

costumbres y tradiciones que dan vida al imaginario social de los sujetos que allí interactúan.

Desde una perspectiva de materialización de experiencias que, concatenadas producen la construcción de un modelo de salud intercultural, la construcción de indicadores constituye una alternativa para el monitoreo progresivo de los avances en la red asistencial. Las bases de un paradigma unicultural (biomédico por esencia) a un paradigma pluricultural (biopsicosocial) en salud intercultural aspira a la complementariedad y trabajo cooperativo entre diferentes sistemas médicos en la red asistencial de salud, especialmente en la micro red que atiende población indígena provenientes de la comuna de Alto Bío Bío. La experiencia de promoción de enfoques interculturales en la red asistencial Bío Bío se concentra en el Modelo de Atención y en el cumplimiento de los objetivos sanitarios, siendo la complementariedad junto con la pertinencia cultural, los caminos de comprensión para determinar si un centro de salud actúa coherentemente con las políticas públicas de salud.

En resumen, cuando hacemos referencia a los esfuerzos que deberían realizar los centros de salud para promover la salud intercultural, debemos necesariamente establecer una ética de los mínimos para establecer el estado de avance que demuestra la institucionalidad en salud frente al desarrollo particular de cada experiencia. Esto significa una tratativa por permear los diseños organizacionales y por ende, las propias organizaciones para establecer un sistema de gestión en salud intercultural, que permita en un corto plazo la implementación de un conjunto de estrategias que pueden entregar la connotación de establecimiento de salud con enfoque intercultural.

Los elementos mínimos que contiene el esfuerzo institucional por el desafío descrito pueden observarse en el siguiente cuadro:

Concepto Central	Dimensiones	Avances y Resultados
	Recurso Humano Pertinente	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Programas de Formación y Capacitación Continua de Cultura y Cosmovisión Indígena.</i>▪ <i>Red de Facilitadores Interculturales en la Red.</i>

Complementariedad con Sistemas de Salud Indígena		
	Trabajo Complementario entre Sistemas Médicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Elaboración de Protocolos de Atención entre Especialistas y Agentes de Medicina Indígena.</i> ▪ <i>Transversalización de Enfoque de Salud Intercultural en Programas Troncales de Salud.</i> ▪ <i>Institucionalización de los Centros de Atención de Medicina Indígena en la Red Asistencial.</i>
	Infraestructura Sanitaria en establecimientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Diseños arquitectónicos pertinentes de establecimientos a realidad sociocultural indígena.</i> ▪ <i>Sistema de atención que asegure el acceso y permanencia de los pacientes de las comunidades.</i> ▪ <i>Habilitación de Oficina para Facilitador Intercultural Pehuenche.</i>
	Recursos Financieros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Presupuesto diferenciado en establecimientos para el trabajo con población indígena, especialmente para actividades con agentes de medicina indígena.</i>
	Fortalecimiento e integración de Redes Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Participación de equipos de salud en actividades culturales sagradas de las comunidades (Wetripantu, Nguillatún, Palin, etc).</i> ▪ <i>Participación en Mesa Provincial de Salud Intercultural.</i>
	Sistemas de Gestión de Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Planes de Intervención en Comités de Gestión de Reclamos.</i>

El proceso de apertura a la salud intercultural en los establecimientos de la red asistencial constituye una tarea que debe observarse desde diferentes dimensiones, siendo indispensable la valorización de la naturaleza sociocultural de los territorios, especialmente la dimensión humana de sus habitantes. Las tareas de adaptabilidad de la cartera de servicios a la cultura mapuche pehuenche se debe complementar con trabajo directo entre los

profesionales de la salud con los(as) agentes de medicina indígena. Los programas de salud serán más oportunos y por ende, más efectivos en los resultados sanitarios en la medida que efectúen distinciones epistemológicas entre los modelos y sistemas de salud, lo indígena y lo no indígena, constituyen cosmovisiones diferenciadas de percibir los conceptos de salud y enfermedad. Una medicina más social constituye un desafío de la red asistencial en bío bío.