



POLITICA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS

Enero del 2003

LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA DEBE SER UN PROCESO PERMANENTE Y PARTICIPATIVO, EN EL QUE TODOS LOS ACTORES ESTAN LLAMADOS A APORTAR

Comisión de Política de Salud y Pueblos Indígenas

Presidenta : Antrop. Margarita Sáez - Unidad de Salud y Pueblos Indígenas – División de Rectoría y Regulación Sanitaria

Integrantes : E.U. Helga Gutierrez - Departamento de Recursos Humanos – División de Planificación Estratégica

Dr. Eduardo Medina – Unidad de Medicina Tradicional – División de Rectoría y Regulación Sanitaria

Sr. José Miguel Huerta – Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales

Sra. Mariluz Soto – Departamento de Salud Ambiental – División de Rectoría y Regulación Sanitaria

Sra. Claudia Padilla – Unidad de Salud y Pueblos Indígenas – División Rectoría y Regulación Sanitaria

Antrop. Sergio Pezoa – Unidad de Promoción – División de Rectoría y Regulación Sanitaria

Sra. Haydeé Navarrete – Fondo Nacional de Salud

Edición y revisión del documento

Sra. Margarita Sáez

Sra. Claudia Padilla

Agradecimientos:

Agradecemos los aportes y comentarios del Dr. Cristian Darras, de Mario Castro, del equipo del Programa con Población Mapuche del Servicio de Salud Araucanía Sur, de la Sra. Schenny Osorio, Sra. Viviana Novoa, Sra. Adelina Salas, Sra. Bianka Boettcher y a todos aquellos que por los plazos fatales no alcanzaron a escribir; y especialmente a las comunidades indígenas por el conocimiento nuevo que se ha construido en el marco de los Programas de Salud y Pueblos Indígenas de los Servicios de Salud del país.

INDICE

CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCIÓN	
PROLOGO	
PRIMERA PARTE: POLÍTICA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS	
PRINCIPIOS Y MARCO CONCEPTUAL	
1. Consideraciones Generales	
2. Principios de la Política de Salud y Pueblos Indígenas	
3. Objetivos sanitarios y salud de los pueblos indígenas	
4. Un enfoque necesario: equidad e interculturalidad	
POLITICA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS EN CHILE	
1. Propósito y Objetivos	
2. Modelo de atención con enfoque intercultural	
3. Reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas en salud	
4. Participación social	
5. Salud Familiar	
6. Promoción de la Salud	
7. Aspectos programáticos y de gestión	
8. Salud Ambiental	
9. Inversiones e Infraestructura	
10. Recursos Humanos	
11. El Fondo Nacional de Salud y los Pueblos Indígenas	
12. Cooperación y Relaciones Internacionales	
13. Investigación	

CONTENIDO	Pág.
SEGUNDA PARTE: LOS PUEBLOS INDIGENAS Y LA SALUD EN CHILE.	
ESTADO DE SITUACIÓN	
1. Antecedentes demográficos	
2. Antecedentes socio económicos	
3. Demandas de Salud de los Pueblos Indígenas en Chile	
4. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas en Chile	
<i>Cobertura de previsión en salud de la población indígena</i>	
<i>Acceso a los servicios de salud</i>	
<i>Oportunidad del acceso</i>	
<i>Situación epidemiológica</i>	
5. Salud ambiental y saneamiento básico	
TERCERA PARTE: ANTECEDENTES	
1. Marco Político y Legal	
<i>a) Antecedentes históricos</i>	
<i>b) Instrumentos internacionales vigentes</i>	
<i>c) Antecedentes: hitos previos importantes</i>	
<i>d) Designación del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo 1995 - 2004 (Resolución ONU N° 48/163 de 1993)</i>	
<i>e) El Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. OIT, 1989</i>	
<i>f) Resolución V OPS/OMS "Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas"</i>	
2. Antecedentes en el sector salud	

INTRODUCCION

El presente documento es un esfuerzo del Ministerio de Salud en el proceso de construcción de políticas públicas respecto a los pueblos indígenas. Es producto del trabajo de una Comisión Ministerial constituida para el efecto, la que contó con la participación de las diferentes Divisiones del Ministerio, y del Fondo Nacional de Salud, representando el marco de políticas en esta materia, para el sector salud en su conjunto.

El documento consta de tres partes. La primera constituye el cuerpo de la Política de Salud y Pueblos Indígenas. En ella se establece el marco conceptual que orienta la formulación de la política, así como sus principios, propósito y objetivos específicos y las estrategias a desarrollar en áreas críticas de la gestión sanitaria. El principal desafío que se establece es aportar a la construcción de un modelo de salud pública donde la equidad, la interculturalidad y la participación son los ejes ordenadores, como parte del proceso de reconocimiento de la diversidad cultural del país.

En la segunda parte, se aborda el diagnóstico de la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile. El profundizar y establecer las estrategias más acertadas para mejorar las condiciones identificadas en este diagnóstico inicial, es uno de los principales desafíos de la implementación de la política en los diferentes niveles del sistema público de salud. En el Estado de Situación, se parte por identificar los antecedentes demográficos y sociales de los pueblos indígenas en Chile, luego se revisan sus demandas en salud, y finalmente se analiza su situación de salud, desde el punto de vista de la cobertura de previsión en salud de la población indígena, el acceso a los servicios, la oportunidad del acceso, la situación epidemiológica, y finalmente la situación de salud ambiental y saneamiento básico.

En la tercera parte y última, se describen los principales antecedentes que permiten contextualizar la formulación de una Política de Salud y Pueblos Indígenas en Chile. En el marco político y legal, se revisan los antecedentes históricos, y los instrumentos internacionales vigentes, tales como el Designación del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo 1995 - 2004 (Resolución ONU N° 48/163 de 1993), el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la

Organización Internacional del Trabajo, y la Resolución Quinta de la Organización Panamericana y la organización Mundial de la Salud, más conocida como "Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas". Asimismo, se hace un recuento de las experiencias que en Chile se han desarrollado en materia de salud y pueblos indígenas, en el marco de la Ley Indígena de 1993 y de la puesta en práctica de las recomendaciones de la Resolución Quinta antes señalada.

La aplicación real de los principios y objetivos que orientan la Política de Salud y Pueblos Indígenas, así como su construcción permanente y participativa, es un desafío para los actores que concurren en la gestión de salud en todos los niveles, y se enmarca en las líneas orientadoras de la Reforma de la Salud en Chile, por un Chile más solidario, justo y saludable.

DR. ANTONIO INFANTE BARROS
SUBSECRETARIO DE SALUD

PROLOGO

En el marco de los grandes ejes para la acción del Gobierno, en que se insta a avanzar en la pertinencia de las Políticas Públicas hacia el mundo indígena, una de las primeras iniciativas ha sido impulsar la generación de políticas desde el Estado y sus organismos. Uno de los desafíos declarados es reconocer la diversidad cultural, el derecho a la participación, y a los derechos políticos de los indígenas. En este escenario se busca paulatinamente permear espacios de la generación de políticas públicas con este enfoque, así como fortalecer la gestión y coordinación de los diversos organismos públicos en esta materia, tarea compleja y de largo plazo.

A diferencia de otros sectores del Estado, en Salud se constata la ausencia de un marco legal específico. En el caso de salud se debe partir de una constatación básica: no existe en nuestro país un marco jurídico legal para la interculturalidad en salud. A diferencia de otros sectores como Educación, donde la Ley Indígena insta al desarrollo del actual Programa de Interculturalidad y Bilingüismo, en el ámbito de Salud no existe mención específica alguna sobre la materia.

Para el sector salud, la responsabilidad de abrir espacios de reconocimiento a la diversidad y derechos de los pueblos originarios, ha tenido en sus orígenes otros generadores. Han sido personas que en un proceso de darse cuenta y de asumir errores, de tener una reflexión crítica y activa desde la realidad se plantearon transformar la mirada de no diferenciación en salud. Hace ya diez años, que desde la institucionalidad de salud, surge la primera expresión: el Programa de Salud con Población Mapuche, creado por un grupo de personas del Servicio de Araucanía de la IX Región¹. Así se parte, con mucho corazón, conciencia y voluntades, abriendo paulatinamente un camino, casi sin recursos económicos en sus primeros años, basado en personas que han sido pioneras de estos cambios. Personas que han sido visionarias, lo que ha permitido que más gente vaya cambiando su mirada, su actitud y comportamiento, donde poco a poco se ha logrado hacer visible lo que antes era invisible, que no todos los chilenos somos iguales, especialmente si son indígenas.

Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo biomédico como el único deseable y válido. Sin cuestionar los logros que como Sistema de Salud mostramos orgullosos, es urgente asumir que hay otros que saben, que existen conceptos de salud-enfermedad diferentes y que hay especialistas tradicionales en el mundo indígena para enfermedades que el sistema de salud oficial

¹ Actualmente la IX Región está dividida en dos Servicios de Salud: Araucanía Norte y Araucanía Sur

nunca sabrá curar, pues no tiene códigos para entender su etiología y por tanto para su rehabilitación, y menos aún para su prevención.

En este escenario, se ha ido produciendo un profundo cambio paradigmático y en el proceso se ha juntado la experiencia acumulada, saberes y compromisos de muchos indígenas y no indígenas; y, que hoy tiene un grupo humano no menor de personas –comprometidas a lo largo del país, que hasta ahora comprende a 18 Servicios de Salud donde se concentra el mayor porcentaje de población indígena.

Considerando que la incorporación de un enfoque intercultural en salud pasa por la generación de una nueva forma de entender las relaciones de unos y otros, donde se promueve el acercamiento de mundos culturales distintos, que reconoce la diversidad como un aporte y base de construcción de una nueva *Sociedad*, está claro que *Salud* no puede con todo y que es el *Estado* en su conjunto, el llamado a producir la gran cambio cultural, no sólo por la necesaria pertinencia de sus políticas hacia los indígenas sino por lograr una mayor justicia social y reparación histórica.

Los nuevos desafíos se sitúan entonces en continuar trabajando en el diseño de estrategias, protocolos u otros, que den cuenta en el Modelo de Atención de un enfoque intercultural, con el propósito de mejorar así la salud de todos. Esto también implica reconocer la validez de los conocimientos y prácticas desarrollados por los diferentes grupos humanos a lo largo de su historia y facilitar procesos que se sustenten en el respeto, el entendimiento mutuo y la colaboración. Eso es lo que hemos llamado “interculturalidad en salud”. Mucho más que un nuevo concepto... un paradigma que reconoce la existencia de otros, que interactúan y se enriquecen en esa relación.

Este reto de incorporar la pertinencia cultural en las políticas de salud respecto a los pueblos indígenas, no es ajeno al tremendo desafío que significa la Reforma de Salud, que busca construir un Sistema de Salud que responda de mejor manera a las necesidades de las personas.

DR. OSVALDO ARTAZA BARRIOS
MINISTRO DE SALUD

PRIMERA PARTE

POLITICA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS

PRINCIPIOS Y MARCO CONCEPTUAL

1. Consideraciones generales

En la Región de las Américas viven más de 400 diferentes pueblos indígenas. Especialmente, en los últimos años, ha habido una creciente inquietud y muestras de reconocimiento por las condiciones de vida y deficiencias en salud que afrontan la mayoría de los pueblos indígenas. En 1993, con la aprobación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, la Organización Panamericana de la Salud y los Estados Miembros se comprometieron a trabajar con las poblaciones indígenas para mejorar su salud y bienestar, reconociendo el valor del patrimonio cultural y el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos.

La discusión por el reconocimiento sobre la multiculturalidad y la diversidad étnica al interior de los Estados ha surgido con fuerza en las últimas décadas por parte del movimiento indígena y también en diversos organismos internacionales.

La realidad de Chile, al igual que en otros países del continente, es pluriétnica, según el Censo de 1992 el 10.33% de la población mayor de catorce años se autoidentificó como indígena. En el ámbito nacional la promulgación de la Ley 19.253 o Ley Indígena aprobada en el Congreso en Octubre de 1993, como parte del proceso de reconstrucción democrática, establece que el Estado reconoce “que los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos; que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias; y que para ellos la tierra es el fundamento principal de su existencia y cultura”.

El Estado reconoce como principales pueblos indígenas de Chile, Mapuche, Aymara, Rapa Nui, Atacameño, Quechua, Colla y las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yamana o Yagán de los canales australes. A través de esta ley, el Estado explicita la valoración de su existencia como parte esencial de las raíces de la Nación chilena, así como su integridad y desarrollo, de acuerdo a sus costumbres y valores.

La Ley determina que “es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones, respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación”.

Por otra parte, a nivel de Gobierno, a partir del año 2000 se crea el Programa Tolerancia y No Discriminación cuyo objetivo central es aportar a la superación de la Discriminación en Chile, a través del diseño de un Plan, que transversalmente aporte al Estado elementos para establecer un nuevo trato con la ciudadanía, en el entendido que ella contempla una diversidad que enriquece la convivencia y la democracia. Con el propósito de “contribuir a la disminución progresiva de las distintas formas de discriminación y a desarrollar un ambiente respetuoso de las diferencias sociales y culturales” se formuló el Plan Nacional para Superar la Discriminación en Chile 2001-2006.

Un enfoque de equidad en salud y pueblos indígenas, debe sustentarse en el reconocimiento de la existencia de mundos socioculturales diversos, donde se encuentran distintas formas de entender y enfrentar el proceso de salud-enfermedad. El desafío es traducir la equidad en acciones específicas: considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención mediante procesos de sensibilización que faciliten la comunicación entre el personal de salud y la comunidad indígena; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías que en definitiva favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud.

A nivel internacional, existe consenso respecto a mejorar el acceso a la salud de los pueblos indígenas, a reconocer su derecho a controlar sus propios asuntos y desarrollo, entre ellos la salud, siguiendo su marco cultural propio; y a valorar la medicina indígena en sí y por sus aportes a la sociedad mayor, no sólo en el plano académico sino también protegiendo su propiedad intelectual y su patrimonio cultural.

En materia de salud, el enfoque biomédico y sus avances ha llevado a tratar al individuo sin considerar el respeto a su entorno y a su cultura. Las intervenciones se realizan desde una perspectiva que homogeniza a la población y pasa por alto las particularidades de los diferentes pueblos. A esta subordinación se agrega la ausencia de políticas favorables, los procesos de aculturación, la implantación de modelos exógenos de desarrollo y una globalización acelerada de la información.

Una política intercultural en salud, supone un nuevo modelo de atención con la incorporación de estrategias que respondan a las especificidades de los pueblos originarios en las políticas de

atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud y que sean diseñadas y ejecutadas con ellos. Para ello es fundamental desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación del personal de salud y para que respeten las especificidades culturales y proporcionen una atención de salud incluyente e integral. Bajo este enfoque, la pertinencia cultural de las acciones en salud se constituye en un desafío insoslayable.

La interculturalidad en salud también supone el desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal con la salud occidental. Los pueblos originarios han desarrollado un conjunto de conocimientos y prácticas en salud donde conciben la realidad como un todo integrado, donde el hombre es un elemento de la naturaleza y donde el orden está fuera de la voluntad humana. Su cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad, donde está presente la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales. Los terapeutas tradicionales indígenas reciben nombres de acuerdo con su especialidad, y varían de pueblo a pueblo: machis, lawentuchefes, curanderos y yatiris, componedores; y coexisten en nuestro país como expresión viva de saberes y prácticas en las comunidades.

La incorporación de un enfoque intercultural en salud supone la generación de una nueva forma de entender las relaciones, donde se busca promover el acercamiento de dos mundos culturales distintos, que reconoce la diversidad como un aporte y base de construcción de una nueva Sociedad.

2. Principios de la Política de Salud y Pueblos Indígenas

Entendiendo que "Crecer con Igualdad" es el principio trazador del gobierno, e inspirada en esa convicción ética, la actual política de salud se basa en los siguientes principios orientadores fundamentales², que son acogidos y puestos en práctica en el campo de los pueblos indígenas, a través de la formulación de una política expresa al respecto:

Derechos Ciudadanos. *La salud es un derecho universal consagrado en la Constitución Política de la República y su explicitación como un bien exigible por la población obliga al Estado a garantizar el acceso de todos los chilenos a prestaciones que aseguren su salud, con independencia de sexo, edad o condición socioeconómica. Para ser practicado, el derecho debe ser conocido y respetado por todos, lo que involucra a su vez responsabilidades concomitantes:*

² Políticas de Salud y Metas Ministeriales (2000-2006) Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

derechos y deberes. La salud como derecho es un principio vinculado al de ciudadanía social, donde los ciudadanos deben jugar un papel activo en las decisiones de política de salud. Los pueblos originarios son parte de la sociedad chilena, con plenos derechos.

Equidad. *Reconocer la salud como un derecho universal significa establecer una protección social que permita –mediante mecanismos solidarios- reemplazar la sensación de inseguridad de los sectores desprotegidos por la accesibilidad a prestaciones efectivas para un adecuado estado de salud.* Los pueblos indígenas viven en su gran mayoría en situación de pobreza económica y marginalidad social y la búsqueda de la equidad debe ser un pilar fundamental.

Solidaridad. *En la perspectiva de asegurar la protección en salud, se requiere establecer un modelo de financiamiento solidario al que concurran y del que se beneficien todos los ciudadanos, ricos y pobres.* La solidaridad opera en los ámbitos sociales como expresión viva de compartir, colaborar, en la relación con los pueblos originarios debe darse solidaridad entre culturas.

Calidad. *Garantizar la efectividad sanitaria y la eficiencia en la gestión para responder al derecho de los chilenos a la salud, exige determinar y supervisar parámetros de calidad en relación con la infraestructura, equipamiento y personal vinculado a la atención integral de salud, acorde con la satisfacción de los usuarios, logrando así la confianza en las prestaciones.* Los pueblos indígenas poseen un patrimonio cultural³ que debe ser considerado en la calidad de la atención en salud. Toda actividad relacionada con la salud de los pueblos indígenas debe respetar sus valores y conocimientos y prácticas. La calidad de atención a los pueblos indígenas debe tomar en cuenta su contexto sociocultural para lograr la pertinencia en el trabajo sanitario.

Participación. *Asegurar un derecho universal involucra una corresponsabilidad social que surge de un trabajo colectivo y coherente de toda la sociedad en el proceso salud / enfermedad.* La participación de los pueblos indígenas en las decisiones que los involucre se constituye en una condición básica, y debe ser garantizada de una manera sistemática en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas, planes y programas que los involucren.

En la formulación general de la política de salud del Ministerio de Salud, la condición étnica es considerada una de las macro determinantes de la salud en el proceso de planificación y determinación de prioridades sanitarias. Si bien se realiza este reconocimiento, se precisa la

³ La Ley 19.253 sobre "Protección, Fomento y Desarrollo Indígena". Octubre 93 establece el reconocimiento, respeto y protección de las culturas e idiomas indígenas contemplará el uso y conservación de los idiomas indígenas, junto al español en las áreas de alta densidad indígena. Párrafo 1° Artículo

necesidad de coordinar acciones con otros sectores sociales, ya que muchos determinantes no son responsabilidad del sector salud.

3. Objetivos Sanitarios y Salud de los Pueblos Indígenas

El Ministerio de Salud, en el marco de la discusión del proceso de reforma sectorial, ha formulado los objetivos sanitarios que orientarán el quehacer del sector público en los próximos años. La preocupación por la equidad en el acceso, oportunidad, y calidad de la atención, y por disminuir las brechas en la situación de salud de los pueblos indígenas no está ausente del sentido y contenido de dichos objetivos sanitarios, más aún cuando las evidencias epidemiológicas señalan altos niveles de correlación entre alta concentración de población indígena y mayores grados de riesgo y daño en la salud.

La operacionalización de los objetivos sanitarios aplicados a la realidad de las poblaciones indígenas, debe ser realizada regionalmente, de acuerdo a las particularidades de la situación específica, y en el marco de construcción de procesos participativos con las comunidades y organizaciones indígenas en que se consideren las variables culturales y territoriales involucradas en los problemas sanitarios en los que se decida la focalización y coordinación de acciones.

Mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados: a nivel nacional, las acciones en el marco de este objetivo se orientarán a: mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados en mortalidad infantil y sus componentes, mortalidad materna, morbilidad por enfermedades infecciosas y emergentes, y morbilidad por TBC. En lo referente a los pueblos indígenas, se focalizarán acciones especialmente en lo relativo a mortalidad infantil, morbilidad por enfermedades infecciosas y por TBC. En el ámbito de la salud de los pueblos indígenas, se deben mantener y evaluar las acciones en que se haya conseguido una mejora sostenida de las mismas.

Enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional: Se establecen en este objetivo, los siguientes macro determinantes: educación, ingreso, etnicidad, género y redes de apoyo. Los factores condicionantes priorizados apuntan a reducir el tabaquismo y la obesidad; a la promoción de una conducta sexual segura; y a reducir los riesgos ambientales. Por otra parte, se espera disminuir la mortalidad por Cardiovasculares, Cánceres, Respiratorias, Diabetes, VIH/SIDA, y Traumatismos. En el ámbito de la morbilidad, se proponen metas en el área de la Salud Mental (Depresión, Trastornos severos y Adicciones), de la Salud Dental (fluoración del agua y aumento

de cobertura de atenciones), y de Enfermedades Osteoarticulares (aumentar la cobertura de tratamientos).

Reducir las desigualdades en situación de salud y en acceso a la atención de salud: En relación a la Mortalidad Infantil y Esperanza de Vida, se plantea disminuir la brecha entre grupos educacionales extremos y entre áreas geográficas. Esto significa la elaboración de estrategias regionales que focalicen las acciones en las comunas (con indicadores) de mayor vulnerabilidad, las que en muchos casos coinciden con comunas de alta concentración de población indígena. En mortalidad infantil, se espera una reducción de brecha de un 10% entre quintiles de ingresos extremos. En cuanto a Años de Vida Potencialmente Perdidos, se plantea continuar con la tendencia de reducción de brecha entre regiones, la que en 1997 era de 20 años, proponiendo su reducción en un 30% en los próximos años.

Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población. Para el desarrollo de este objetivo, se formulan metas en materia de protección en salud, acceso, calidad, autorización sanitaria, acreditación de establecimientos y satisfacción usuaria. En relación al acceso, se plantea lograr mayor equidad en la atención de salud a los grupos desprotegidos y pertenecientes a quintiles de menores ingresos, a través de la implementación de un plan garantizado de acceso prestaciones de alta complejidad y de especialistas, con garantía de acceso y oportunidad.

4. Un enfoque necesario: equidad e interculturalidad

Recogiendo los antecedentes expuestos, así como las consideraciones en torno a la equidad y la interculturalidad en salud, es necesario explicitar que el enfoque adoptado en la formulación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas en Chile, recoge como puntos centrales estos dos conceptos orientadores.

El enfoque de equidad apunta a la contribución, a partir de acciones concretas y desde el tema de los pueblos indígenas, a un sistema de salud que disminuya las brechas de equidad en la situación de salud entre sectores sociales, áreas geográficas y comunas. Ello significa generar acciones en el ámbito de mejoría del acceso, de la calidad, cobertura y efectividad de la atención de salud.

La interculturalidad apunta a un cambio de actitud y a un cambio cultural. Ambos elementos contribuyen a una mayor democratización del país y de las políticas públicas.

Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo biomédico como el único deseable y válido. La medicina indígena tiene un ancestral, amplio y dinámico desarrollo, en especial en las enfermedades relacionadas con los aspectos psicosociales y espirituales.

La interculturalidad será entendida como un proceso social interactivo, de reconocimiento, respeto y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio determinado. Interculturalidad significa entonces, la promoción de relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia; y derecho a la diferencia.

El enfoque intercultural releva el reconocimiento y respeto de las singulares y diversas características de cada grupo y pretende crear un ambiente donde estas diferencias puedan coexistir y aportar a la mejoría de la salud de todos, aún cuando se da en un escenario no resuelto de asimetrías de poder, en lo que se refiere a la hegemonía del sistema médico oficial.

La interculturalidad en salud conlleva los siguientes elementos.

- ✓ Integralidad en el concepto de salud-enfermedad.
- ✓ Sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas. Visión holística.
- ✓ Oferta de servicios regular, equitativa y con pertinencia cultural.
- ✓ Personal de salud calificado y sensible a las necesidades de salud de la población. La capacitación aborda sistemáticamente la diversidad y problemática local en materia de salud.
- ✓ Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena.

Las principales características de las relaciones de interculturalidad son las siguientes: 1) voluntad, 2) reconocimiento mutuo, 3) interacción, 4) aprendizaje mutuo, 5) reciprocidad, 6) horizontalidad y 7) cooperación.

La perspectiva intercultural en salud pone el énfasis en el proceso de encuentro de las diversas culturas que conviven en un territorio, para coordinar acciones y esfuerzos en la solución de problemas comunes.

Un área específica en que se puede manifestar la interculturalidad en salud es en la complementariedad de sistemas médicos. Se espera provocar un cambio de actitud en los agentes

de la medicina occidental (médicos, equipo de salud), que permita el intercambio de conocimientos y saberes con los especialistas de la medicina indígena. Este cambio de actitud debe procurar un respeto por los conocimientos del otro y la generación de espacios de complementariedad entre ambas medicinas.

POLITICA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS EN CHILE

1. Propósito y Objetivos

Propósito

Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de la población indígena, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre la activa participación de los pueblos originarios en su construcción; y la formulación, financiamiento e implementación de programas, estrategias y actividades, que aporten a la disminución de las brechas sanitarias en materia de acceso, calidad y efectividad.

Objetivos

1. Avanzar en la construcción colectiva de un modelo de salud con enfoque intercultural.
2. Favorecer la participación de los pueblos indígenas en la planificación, implementación y evaluación de estrategias destinadas a mejorar el estado de salud, accesibilidad, calidad y pertinencia de las acciones sanitarias orientadas a la población indígena.
3. Desarrollar estrategias de promoción de la salud acorde a las necesidades específicas de los pueblos indígenas.
4. Incorporar en los Centros de Salud Familiar y en general en los Centros de Salud, un enfoque intercultural que oriente su quehacer hacia los pueblos originarios y hacia el medio ambiente en que estos viven.
5. Desarrollar estrategias que permitan incorporar el enfoque de salud intercultural en los programas de salud, en aquellas regiones y comunas con alta concentración de población indígena.
6. Incorporar los criterios de pertinencia cultural a las inversiones y desarrollo de los modelos médico-arquitectónicos de establecimientos de salud en comunas de alta concentración de población indígena.
7. Contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los conocimientos y las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas en salud.

8. Mejorar la calidad y pertinencia cultural de las acciones de salud, a través de estrategias de formación y desarrollo de recursos humanos.
9. Implementar programas de mejoría de calidad de la atención de salud, con pertinencia cultural.
10. Mejorar la accesibilidad cultural, física y administrativa la atención de los pueblos indígenas.
11. Ampliar la incorporación de los pueblos indígenas a las estrategias desarrolladas por FONASA para mejorar el seguro público de salud.
12. Contribuir a la disminución del riesgo de transmisión de enfermedades provocadas por factores ambientales en comunidades indígenas.
13. Acrecentar la coordinación de acciones intra e intersectoriales orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos originarios.

2. Modelo de Atención con Enfoque Intercultural

En la propuesta de trabajo Ministerial “Hacia un Nuevo Modelo de Gestión en Salud”⁴ se definen los elementos del nuevo modelo de gestión: “la comprensión de la salud como un bien social común; la necesidad de hacer arreglos sociales para la protección financiera equitativa y solidaria de todas las personas; la necesidad de priorizar el fomento y la prevención; de comprometer a la sociedad en su conjunto, más allá del sistema de atención, en la implementación de políticas saludables; de acercar la salud a las personas al dar énfasis a la ambulatorización de la atención en una comprensión biopsicosocial de ésta, enfrentando a la persona en su contexto familiar y comunitario; en la búsqueda de co-responsabilizar a las personas y a la comunidad en la implementación y control de las políticas y estrategias....”.

En este marco, la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades y características culturales de la población indígena en Chile es un desafío y un proceso en desarrollo, que se enmarca en el cambio del modelo de atención desde el enfoque bio-médico, a uno más integrador, con enfoque **que considere los aspectos culturales, espirituales, sociales y biológicos.**

Un modelo de atención con enfoque intercultural debe incorporar la pertinencia cultural de los servicios, la que se entiende como la adecuación de los servicios a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso y la utilización de los servicios de salud. Lo anterior debe expresarse tanto en la organización y provisión, desarrollando iniciativas innovadoras que pueden abarcar desde lo

⁴ Contenidos del Proyecto de Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión en Salud y de Medidas Administrativas Inmediatas, Ministerio de Salud.

normativo a la acción directa en las personas y comunidades. A su vez, se espera avanzar en el desarrollo de un modelo de atención que reconozca la medicina tradicional indígena y donde se promuevan instancias de encuentro y reconocimiento entre el personal de salud y los agentes de medicina indígena y se favorezca la colaboración.

Por otra parte, el modelo de atención debe contribuir a mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas, impulsando el desarrollo de estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones; considerando sus características culturales, lingüísticas y económico sociales y su activa participación en la definición y solución de los problemas.

Los principios que debieran orientar este cambio en el modelo de atención son:

- ✓ **Integralidad:** Orientar las acciones a la atención continua e integral de la persona, considerando los aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Desde una concepción amplia se debe abarcar al individuo, familia, comunidad incluyendo dimensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales y ambientales.
- ✓ **Calidad:** una atención de calidad no sólo proporciona servicios profesionales y humanos óptimos sino también comprende la pertinencia cultural en el trabajo sanitario, el respeto de los valores y conocimientos de los pueblos originarios; sin descuidar la oportunidad y efectividad de las acciones y la satisfacción de los usuarios.
- ✓ **Equidad en el acceso:** la atención de la salud debe priorizar a los grupos en riesgo, eliminando las barreras económicas, geográficas, culturales y/o de organización del sistema de atención.
- ✓ **Complementariedad:** la atención de salud debe favorecer el respeto y la colaboración entre los sistemas médicos de medicina oficial e indígena.
- ✓ **Participación:** derecho a la participación sistemática. Este modelo de atención debe ser construido desde la participación de la población y organizaciones indígenas, en todas las etapas de la planificación local en salud, y en todas sus dimensiones: prevención, promoción y recuperación.

- ✓ **Enfoque de género:** la construcción de un modelo de salud con enfoque intercultural no debe soslayar la mirada de género, en el sentido de poder diferenciar la situación de salud, necesidades y rol de las mujeres indígenas en el fenómeno de salud y enfermedad de las comunidades. Especial relevancia debiera tener el rol de las mujeres indígenas en la transmisión de la cultura y las prácticas de salud y prevención de la enfermedad.

3. Reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas en salud.

Los conocimientos y prácticas de las comunidades indígenas en salud constituyen parte del patrimonio cultural de los pueblos indígenas, y su protección y reconocimiento ha estado presente en las demandas tanto sectoriales como generales que han formulado en distintas instancias de diálogo con el Estado.

La construcción del modelo de interculturalidad en salud constituye un espacio de trabajo conjunto entre el sistema oficial y la medicina indígena, en que se busca la construcción de relaciones de confianza entre ambos sistemas médicos. Sin embargo, este ámbito por si solo no es suficiente para avanzar en la demanda más amplia por reconocimiento. Creemos que el reconocimiento de la medicina indígena forma parte de la deuda histórica que la sociedad chilena tiene con los pueblos indígenas, en cuanto a valorar el aporte que ellos realizan a partir de su propia cosmovisión, conocimientos, valores y prácticas de la vida y la salud.

En este contexto, la tarea de contribuir al reconocimiento, protección y fortalecimiento de la medicina indígena, en tanto sistema de conocimientos y prácticas sobre la salud y la enfermedad. Como parte del patrimonio cultural debe ser abordado como un desafío más amplio, que no involucra sólo al sector salud.

- ✓ Con respecto a las tareas específicas de salud en la materia, se propone avanzar en el desarrollo de experiencias locales de colaboración entre sistemas médicos, especialmente a nivel de atención primaria,
- ✓ Implementar un trabajo intersectorial que haga efectivas las recomendaciones del Convenio de Diversidad Biológica, en lo referente a los conocimientos, prácticas e innovaciones de los

pueblos indígenas en materia de biodiversidad. ⁵Esto involucra la necesidad de establecer una línea de trabajo intersectorial con CONAF, CONAMA y otros organismos pertinentes para hacer efectivas las medidas propuestas por el convenio.

- √ Favorecer líneas de investigación respecto a la medicina indígena, con participación de las propias comunidades, orientadas a identificar la eficacia, seguridad y costo efectividad de terapias o prácticas específicas; estrategias de preservación de los recursos terapéuticos y formas de reproducción cultural de la medicina indígena, y otros temas de investigación que sean priorizados con las comunidades.
- √ Avanzar en la construcción de una política respecto a las medicinas tradicionales indígenas, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

⁵ El Convenio establece, en el artículo 8 j), lo siguiente: Con arreglo a su legislación nacional, se respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente;

4. Participación Social

La diferencia debe ser un valor y no un motivo de exclusión o división, en la construcción de una sociedad basada en la tolerancia y el respeto, por lo que es necesario reforzar la incorporación activa de los pueblos indígenas en el desarrollo de las políticas, los planes y los programas de salud.

La participación indígena es un requisito indispensable para el desarrollo de programas y planes locales y regionales, no limitándola a las etapas de diagnóstico y levantamiento de necesidades. Se debe considerar la participación indígena en la gestión y evaluación de programas de trabajo, avanzando con ello en el afianzamiento de su reconocimiento y valoración de su aporte a la construcción de la salud como un bien colectivo.

5. Salud Familiar

El Modelo de Atención con Enfoque Integral y Familiar, “se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, es uno de los pilares fundamentales para el logro del objetivo de la reforma del sector. Este desafío sectorial obliga a relevar la Atención Primaria, que es la que en mayor medida recoge y contribuye al cambio cultural y de modelo asistencial que se requiere”⁶.

El Modelo de Salud Familiar apunta a la resolución de los grandes desafíos de la atención primaria de salud⁷:

- √ Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros.
- √ Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad.
- √ Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

⁶ Documento: Modelo de Atención con Enfoque Familiar en el Nivel Primario. Depto. Atención Primaria. Ministerio de Salud

⁷ Documento: Atención de Salud con enfoque Familiar. Depto. Atención Primaria. Ministerio de Salud.

En este marco, el rol de las familias y comunidades es proactivo, donde “se considera que apoyando a la familia y a cada uno de sus integrantes en el desarrollo de habilidades y destrezas para una vida saludable, está actuando sobre el núcleo principal de la sociedad, aquel que le proporciona a la persona el sustento básico que necesita para ir construyendo sus valores de tolerancia y de respeto que le permitirán hacerse parte de un proyecto común. Y eso es precisamente lo que el sector salud quiere entregar como aporte a una cultura de la tolerancia, más allá de su compromiso ineludible con el cuidado de la salud de las personas”.

El modelo de atención con enfoque de interculturalidad en salud no está separado de los procesos de cambio que a nivel de atención primaria se promueven. La salud familiar en nuestro país es hoy uno de las apuestas fundamentales para trabajar integralmente con las familias y comunidades indígenas, la vinculación de ambos procesos a nivel local permitirá avanzar progresivamente en la transformación del sistema de salud.

6. Promoción de la Salud

La promoción de la salud es concebida como “una estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida”, con el propósito de optimizar la salud y reducir las determinantes de la enfermedad.⁸

La promoción es una perspectiva de salud positiva y de bienestar, que se complementa con las acciones de prevención de la enfermedad, en una relación sinérgica que tiene como propósito maximizar la salud y el bienestar.

Las acciones de promoción a través de Planes Regionales y Comunales de Promoción de la Salud se orientan a: promover estilos de vida y ambientes saludables; a aumentar el conocimiento y capacidades individuales y comunitarias para cuidar la salud; y a reforzar el rol regulador del Estado sobre las condicionantes de salud. Estos planes, son el instrumento a través del cual se puede lograr una integración conceptual y práctica entre el enfoque promocional, y el enfoque de interculturalidad y equidad del trabajo en salud con población indígena.

⁸ Ministerio de Salud. División de Atención Primaria. Unidad de Promoción de la Salud. “Promoción de la Salud para Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud”. Santiago, 1999

Uno de los fundamentos de la práctica de la Promoción es “reconocer con acciones concretas, que las personas, familias y comunidades constituyen la principal fuente de salud”.⁹

Concordante con lo anterior, la promoción estimula la participación buscando el fortalecimiento de una “comunidad consciente y responsable..., que es aquella capaz de identificar sus problemas, necesidades y demandas, de reflexionar sobre los problemas que la atañen y que reconoce su capacidad para actuar sobre ella buscando soluciones. En el marco de la promoción de la salud, es una comunidad que identifica los condicionantes de su salud y calidad de vida, y que es capaz de proponer soluciones y movilizar recursos, tanto materiales como humanos.”¹⁰

Dentro de este marco, las acciones de promoción de la salud con y desde la población indígena deberán potenciar los factores protectores de la salud propios de sus estilos de vida, cosmovisión y valores culturales, y evaluar la pertinencia de la aplicación de las estrategias de promoción de la salud en las comunidades indígenas.

7. Aspectos programáticos y de gestión

Antecedentes generales

Las actuales orientaciones programáticas ministeriales consideran aperturas según edad, sexo y origen rural/urbano. La condición étnica nunca ha sido registrada directamente y, cuando se ha asociado con algunos fenómenos de salud, ha debido ser inferida indirectamente según apellidos indígenas, estimaciones demográficas en áreas con alta proporción de población con estas características, entre otras. Constituye por lo tanto un desafío avanzar en la consideración de la variable étnica dentro de las orientaciones programáticas, en aquellos Servicios de Salud, comunas y establecimientos con alta concentración de población indígena y en la adecuación los diferentes programas de salud a la cosmovisión propia de los pueblos originarios. La incorporación de este componente en los planes de salud comunal es una herramienta que permitirá la adecuación y pertinencia de las estrategias y actividades a nivel local a las necesidades de los pueblos indígenas.

⁹ Ministerio de Salud, “Plan Nacional de Promoción de la Salud” 1998 – 2000.

¹⁰ Ministerio de Salud – División de Salud de las Personas “Marco de referencia para la acción regional en Promoción de Salud”. Documento de Trabajo, mayo, 1997.

Estrategias

- √ Se requiere avanzar en la creación de condiciones para la incorporación de la condición étnica a los sistemas de registros estadísticos de salud, en el marco del desarrollo y validación de experiencias locales. Esto, será en concordancia con la mirada que, desde otros sectores del ámbito público, se realicen, como por ejemplo, a través de herramientas como el Censo de población, la encuesta Casen, etc.
- √ Incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud. Requiere del análisis de los diferentes programas, identificando elementos que puedan incluir un enfoque intercultural, por ejemplo, en el área de nutrición, desarrollo psicomotor, programa de la mujer, entre otros; producir nuevos instrumentos o adaptarlos, en un proceso que involucre a cada uno de los niveles (nivel central, regional, Servicios de Salud, establecimientos); comprometer a directivos en la transversalidad interna (enfoque intercultural en los programas básicos); incorporar la mirada intercultural en los planes comunales de salud, dependiendo de las condiciones políticas; contar con un diagnóstico participativo que entregue elementos de base para transversalizar; continuar desarrollando investigaciones que comprometan ámbitos programáticos.
- √ Incorporar el enfoque en los programas de promoción: el reconocimiento del aporte de la cosmovisión indígena a la construcción de acciones de promoción, que recoja el conocimiento y difusión de los factores protectores y estilos de vida saludables de la cotidianidad indígena constituye un sólido aporte al desarrollo de la promoción de la salud a nivel local.
- √ Implementación de estrategias que permitan avanzar en el desarrollo una de con enfoque intercultural.
- √ Fortalecer el desarrollo de iniciativas innovadoras por ej., incorporar facilitadores interculturales en la orientación médico estadística o en la dispensación de farmacia, diversificar la atención profesional del parto, experiencias de complementariedad de sistemas médicos, etc.
- √ Crear áreas de demostración urbanas y rurales por ej., fijar estándares de acreditación de hospitales, consultorios y postas rurales como establecimientos interculturales, diferenciar pautas de evaluación de establecimientos con esta orientación, entre otros.
- √ Realizar convenios con universidades para incorporar en la enseñanza de pregrado el enfoque intercultural en la formación de profesionales y técnicos de salud.

8. Salud Ambiental

Antecedentes

Las comunidades indígenas rurales y el mundo rural en general se han visto afectada en su calidad de vida debido a la alteración de los ecosistemas y entornos originarios, y a la expansión de actividades económico productivas en los territorios que afectan su desenvolvimiento y cosmovisión. En efecto, para los pueblos originarios existe una concepción holística del fenómeno salud - enfermedad, la salud es un concepto integral por lo que el tema del medio ambiente no debe ser tratado por separado en las políticas a desarrollar.

Para poder formular una política de trabajo en salud del medioambiente es necesario conocer cual es la percepción de la comunidad frente al tema, además rescatar los conocimientos originarios que existen, para así elaborar una propuesta de trabajo conjunta entre servicios o equipos de salud y comunidades, que incorpore los conocimientos ancestrales y originarios en esta materia.

Consecuentemente, se debe favorecer la participación indígena en la generación de programas y proyectos de salud ambiental.

La formulación de una política en el ámbito de la salud ambiental y los pueblos indígenas debe estar orientada a contribuir a la disminución del riesgo de transmisión de enfermedades provocadas por factores ambientales, particularmente los relacionados con el acceso y calidad del agua, las condiciones de saneamiento inadecuado y por el deterioro medioambiental del entorno en las comunidades indígenas.

Se deben priorizar las acciones de identificación de comunas, comunidades y sectores de mayor riesgo, favoreciendo el trabajo intersectorial de búsqueda de soluciones a las situaciones específicas, y se debe potenciar el trabajo con las organizaciones indígenas para planificar y ejecutar programas viables, con enfoques de participación comunitaria y tecnología apropiada.

Se requiere incorporar el enfoque de pueblos indígenas en los Programas Salud Ambiental. Esto significa recoger la visión que los pueblos originarios tienen sobre el medioambiente y los problemas que se presentan. La introducción de nuevas tecnologías para la protección y manejo sustentable del medio ambiente, debe realizarse con el consentimiento y la aprobación de los pueblos

originarios, velando por que estas no transgredan la visión propia que tienen los Indígenas sobre estos problemas.

Estrategias

- √ Planificar en conjunto con las comunidades y organizaciones indígenas, orientada a solucionar los problemas ambientales más urgentes con continuidad a una solución integral de la problemática ambiental en pueblos indígenas. Involucrar a las organizaciones originarias y funcionales de los pueblos indígenas en la creación de políticas, programas, planes y proyectos medioambientales en los distintos territorios.
- √ Complementar los conocimientos tecnológicos occidentales e indígenas para la elaboración de un nuevo conocimiento que ayude a solucionar los problemas dentro de una concepción holística e integral del medio ambiente.
- √ Elaborar criterios para una propuesta de atención primaria ambiental con participación de los pueblos originarios, basada en los principios de equidad, participación y diversidad.
- √ Realizar investigaciones sobre la actual situación medioambiental en todos los territorios indígenas, para conocer las diversas agresiones medioambientales que afectan hoy a las comunidades indígenas del país. Incorporar el enfoque intercultural a las labores que desempeñan las Unidades de Epidemiología, de modo que se vigile desde la visión indígena y occidental la situación medio ambiente en los aspectos de mayor relevancia como: efectos del uso de plaguicidas, efectos de la contaminación hídrica, ruidos etc. Incorporar la visión de sabios y especialistas indígenas en la materia
- √ Capacitar a las distintas unidades de medio ambiente en zonas de alta concentración de población indígena en cosmovisión y cultura indígena del medio ambiente, tecnologías de protección y fomento de la calidad ambiental con pertinencia cultural, tecnologías apropiadas para ser compartidas con la comunidad y su posterior aplicación.
- √ Capacitar a la comunidad en técnicas y manejos del estudio de impacto ambiental, para que sean ellas mismas las que bajo sus concepciones y cosmovisiones puedan aportar desde la complementariedad o interculturalidad a los efectos de planes y proyectos en territorios originarios.

9. Inversiones e Infraestructura

La construcción y mejoramiento de establecimientos de salud en comunas de alta concentración de población indígena constituye un área de interés en el que debiera considerarse la incorporación de aspectos culturales particulares de la población.

Modelos médico – arquitectónicos de establecimientos de salud en comunas con alta concentración de población indígena

En virtud de lo anterior, se requiere la incorporación de los siguientes elementos a los marcos normativos de inversiones públicas en salud en comunas de alta concentración de población indígena:

- √ Incorporar la participación de los usuarios indígenas a nivel comunitario, en la etapa de identificación y priorización, pre inversión y etapas de diseño.
- √ La adecuación de infraestructura a las prácticas culturales de manejo de enfermos: consideración de espacios de atención para agentes de medicina tradicional intra establecimiento, inclusión de espacios ceremoniales exteriores y espacios para cultivo de plantas medicinales.
- √ Considerar elementos de orientación y luminosidad acordes a cosmovisión indígena del área involucrada.
- √ Señalética adecuada interculturalmente.
- √ Considerar espacios de acogida para la familia, en el mismo sentido que tienen las Casas de la Madre Campesina: sitios de albergue, espacio para el cuidado de niños preescolares, entre otros.

10. Recursos Humanos

Antecedentes

El desarrollo de Recursos Humanos constituye uno de los ejes prioritarios de los planes nacionales de salud. Se entiende como una estrategia básica en el desarrollo de los sistemas y servicios de salud. Dado lo anterior y teniendo en cuenta, los distintos pueblos originarios existentes en nuestro país es fundamental la incorporación de un enfoque intercultural en los programas de formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos. Es el recurso humano con sus conocimientos, habilidades y destrezas el que permitirá avanzar en la implementación del nuevo modelo de atención, para ello se requiere que el personal de salud tenga la oportunidad de capacitarse, como

asimismo, que las nuevas generaciones de egresados de las universidades e institutos de formación técnica hayan sido preparadas para asumir sus nuevos roles.

Junto a las dificultades de acceso a salud de algunas comunidades por razones geográficas, existe un desconocimiento del personal de salud, en relación a la cultura de las comunidades indígenas, y práctica de la medicina tradicional indígena, lo que hace aumentar los problemas de acceso y calidad de la atención. Frente a las barreras culturales en el acceso, se debe contar con un recurso humano calificado, sensible y respetuoso a la diversidad cultural y a las necesidades de los usuarios.

La capacitación de todo el personal de salud debe abordar sistemáticamente la cultura y problemática local en materia de salud, para lo cual será necesario desarrollar procesos de educación permanente, que considere las diferencias culturales y desarrolle destrezas en pertinencia cultural de los servicios.

Estrategias

- ✓ Constituir en todos los Servicios de Salud que cuenten con población indígena, un equipo multiprofesional que asuma el tema de salud intercultural, el que debe tener funciones de asesoría técnica, planificación, y coordinación de las acciones a desarrollar.
- ✓ Generar las competencias necesarias en todos los trabajadores del sector salud, a nivel de toda la red asistencial, para abordar en forma apropiada las demandas de salud de los pueblos originarios.
- ✓ Contar con equipos de salud suficientes para cubrir las necesidades básicas de atención de la población indígena, con capacitación permanente en el tema.
- ✓ Favorecer la incorporación de profesionales y técnicos provenientes de los pueblos originarios, que además actúen como facilitadores interculturales en los equipos de salud de territorios en los que exista población indígena.
- ✓ Permitir espacios que posibiliten la presencia de agentes de la comunidad (monitores, promotores), participando en la programación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, a nivel de la Atención Primaria.

- ✓ Generar acciones orientadas a la formación y desarrollo del recurso humano del sector salud en el enfoque intercultural, permitiendo que se constituya en un agente eficaz para la mejoría de la situación de salud de las comunidades indígenas.
- ✓ Generar instancias de trabajo con Servicios de Salud, Centros Universitarios y Centros de Formación Técnica con experiencia en el tema, e integrando a organismos responsables del tema como la CONADI, para contar con recurso humano formado desde el pregrado en interculturalidad.
- ✓ Fortalecer el Programa de Apoyo a la Enfermería Rural y Desarrollo Profesional en lo que se refiere a la distribución del recurso humano en los Servicios de Salud con población indígena y capacitando a sus profesionales en el tema.

Formación y Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud y los Pueblos Indígenas:

Las instituciones formadoras de recursos humanos en salud deben poseer capacidad académica, respetar la diversidad cultural, de género y generacional, implementar nuevos paradigmas educativos, que articulen conocimientos ancestrales con herramientas técnicas modernas y, que sobre la base de lo anterior, formen recursos humanos capaces de incidir en la generación de acciones basadas en la confianza y el respeto mutuo.

- ✓ En la formación de pre-grado y de post-grado de los profesionales de la salud se debe incorporar el enfoque intercultural, estructurándose programas que formen recursos humanos capaces de responder al perfil y necesidades reales de la población indígena.
- ✓ En lo que respecta a los médicos, mientras se espera que los Centros formadores Universitarios desarrollen programas interculturales en pregrado, se propone paliar ésta falencia mediante un proceso de capacitación, de corta duración e intensivo, que entregue las herramientas conceptuales más necesarias a los profesionales que ejerzan en territorios con presencia de comunidades indígenas.
- ✓ Los programas de formación y capacitación deben incluir no sólo las habilidades técnico-científicas, sino los aportes de las ciencias sociales que incluyan variables antropológicas en su análisis, en el conocimiento de la cultura y cosmovisión de los pueblos indígenas (formas de vida, valores, creencias, organización social, calendario agrícola, calendario de fiestas, organización del tiempo, etc.). Además, deben incluir aspectos de gestión gerencial, liderazgo y comunicación social, para que el trabajador de la salud pueda cumplir a cabalidad sus funciones.
- ✓ En la inducción del personal que deba desempeñarse en comunidades indígenas se debe desarrollar un programa de integración del personal recién ingresado que capacite en elementos

de la cultura, lenguaje y prácticas de medicina tradicional de las comunidades indígenas que existan en la zona.

- ✓ Los Servicios de Salud, que cuenten con población indígena podrán contar con facilitadores interculturales, si se estima necesario. Ellos deben ser el nexo entre el equipo de salud y las comunidades indígenas y deben ser personas que pertenezcan a una comunidad indígena y ser avalada por ésta, así como contar con un perfil ocupacional acorde con las necesidades de la comunidad, con conocimiento del funcionamiento y cultura organizacional de los establecimientos de salud.
- ✓ Los Servicios que cuenten con facilitadores interculturales deben evaluar periódicamente el cumplimiento de sus funciones. Las experiencias muestran que las funciones que abordan los facilitadores son:
 - a) Orientar, informar y apoyar al enfermo y a sus familiares cuando requieren de atención de salud ambulatoria y de hospitalización.
 - b) Coordinar acciones con los diferentes servicios clínicos y administrativos para la resolución del problema de salud.
 - c) Apoyar al enfermo y al equipo de salud en resolver situaciones donde lo cultural sea relevante para la recuperación de la salud.
 - d) Mantener en forma permanente la relación del paciente hospitalizado con su familia.
 - e) Realizar visitas domiciliarias en casos indicados por el equipo y participación en reuniones atinentes al tema de salud intercultural.
 - f) Llevar un registro de las acciones efectuadas.

Su capacitación debe considerar el manejo del lenguaje, cultura, sistema de salud y trabajo comunitario, conocimientos básicos de salud y trato al usuario, como también conceptos de prevención de las enfermedades prevalentes y de promoción de la salud (autocuidado de la salud individual y colectiva) y funcionamiento de la red asistencial.

- ✓ El perfil educacional de los técnicos de nivel superior de enfermería y técnicos paramédicos debe responder a las necesidades y realidades de la zona. Esto significa la refundación del rol del auxiliar rural en tanto ahí confluyen equipo de salud y comunidad

Su formación y capacitación debe estar dirigida al cumplimiento adecuado de las funciones en la comunidad. Es decir incluir aspectos que apoyen su excelencia técnica en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, así como en la promoción de la salud individual y

colectiva y en el desarrollo y participación social de la comunidad. Su currículo de formación debe considerar los temas de la interculturalidad.

Finalmente la formación de recursos humanos para la salud, la prestación de servicios de salud y la modificación de las prácticas en el ámbito de la salud, no sólo están determinadas por los profesionales de salud, sino que es preciso reconocer que hay otros actores como las iglesias y grupos organizados que desarrollan acciones y estrategias para recuperar y promover la salud. Todo esto debe ser tomado en cuenta e incorporado en la definición de las estrategias de la salud.

11. El Fondo Nacional de Salud y los Pueblos Originarios

Antecedentes

El Fondo Nacional de Salud es la instancia encargada de administrar el seguro público de salud. Tiene entre sus más de 9,0 millones de beneficiarios a la gran mayoría de las personas pertenecientes a los pueblos originarios. Algunas de estas personas cotizan para salud, en las Isapres o en FONASA, debido a que son remunerados en forma dependiente o cotizan como independientes. Otros son beneficiarios de FONASA en su categoría de carentes de recursos.

Como todo beneficiario de FONASA, los beneficiarios pertenecientes a pueblos originarios tienen derecho a recibir los beneficios que el Fondo entrega: acceso al Plan de Salud Familiar en el consultorio de su elección; acceso a la red de prestadores públicos para las atenciones secundaria y terciaria; acceso a la red de prestadores públicos para las atenciones secundaria y terciaria; acceso a prestadores privados en convenio bajo la Modalidad Libre Elección y a Subsidios de Incapacidad Laboral, sólo para beneficiarios cotizantes y sus cargas; préstamos de salud; etc.

El Fondo Nacional de Salud como Seguro Público colectivo, solidario y equitativo de salud, debe buscar la forma de ampliar la incorporación de los pueblos indígenas a su universo de beneficiarios, en la línea de avanzar en el cumplimiento de los objetivos propuestos para la salud intercultural.

La participación de los pueblos indígenas en las decisiones que los involucren se constituye en una condición básica¹¹, por lo que se debe estimular la participación de representantes de estos grupos específicos en la identificación y resolución de sus problemas.

¹¹ Los servicios de la administración del estado y las organizaciones de carácter territorial, cuando traten materias que tengan injerencia o relación con cuestiones indígenas, deberán escuchar y considerar la opinión de las organizaciones indígenas que reconoce la ley.

Estrategias

De la calidad de atención

- ✓ Implementación de oficinas de reclamos en los sucursales FONASA donde los beneficiarios puedan expresar formalmente y responsablemente su insatisfacción en materia como: demora, mala atención, infraestructura, ubicación, falta de personal, etc.
- ✓ Medición de las evaluaciones positivas de la gestión de las sucursales realizada y en la disminución de los reclamos y quejas por la calidad de atención.
- ✓ Instalación de Sistemas de Tiempos de espera en sucursales.
- ✓ Monitoreo de los estándares tiempos de espera establecidos en aquellas sucursales con el sistema implementado.

De la Infraestructura

- ✓ Implementar nuevas sucursales con sistemas de ordenamiento de acuerdo a la demanda de cada sucursal.
- ✓ Homogeneizar la imagen de cada una de las sucursales que componen la red de distribución, para ello las sucursales deben contar con logo, señalética, etc.
- ✓ Implementar señalética bilingüe en las sucursales que concentra una mayor cantidad de población originaria.

En Recursos Humanos

- ✓ Incorporar funcionarios que hablen la lengua originaria en aquellas sucursales donde acuda una mayor cantidad de población indígena, con el fin de entregar información para facilitar el acceso.
- ✓ Capacitar a nuevos funcionarios en lengua originaria que sea pertinente al territorio.

Estrategias en los mecanismos de aseguramiento de la atención

- ✓ Promover el Plan de Salud en mapudungun y aymara.
- ✓ Facilitar el acceso a los Programas actuales como Programa del Adulto Mayor y Programa de Oportunidad de la Atención.
- ✓ Estudio y definición de criterios para el acceso a la Modalidad Libre elección, con la participación de la CONADI-MINSAL y FONASA.
- ✓ Aumentar la participación de los pueblos originarios en los Comités de Usuarios.
- ✓ Identificar las causales de los puntos críticos, en los cuales existe un déficit de oferta de prestaciones de salud de los pueblos originarios.
- ✓ Crear instancias de participación realizando talleres que permitan intercambiar experiencias.

12. Cooperación y Relaciones Internacionales

En el marco de las relaciones internacionales, los avances alcanzados en relación al reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas¹² establecen la necesidad de abordar esta área en la formulación de una política de salud y pueblos indígenas.

La política se refiere entonces a los derechos de los indígenas como pueblos, teniendo como base antes los derechos que como personas poseen, de acuerdo a la Constitución. Se apunta a asegurar la protección y atención de salud para todas las personas en un marco de respeto, consideración y recuperación de su cultura y/u origen, en especial de los pueblos originarios.

Objetivos

En Relaciones Internacionales:

- ✓ Contribuir a la adopción de instrumentos internacionales que protejan los derechos de las personas por realizar, desarrollar y recuperar su cultura en el ámbito sanitario.
- ✓ Promover la incorporación de los acuerdos internacionales en la legislación nacional (ratificación del Convenio N° 169 de la OIT), considerando críticamente los criterios y orientaciones contenidos en ellos, en cuanto reflejan las coincidencias y avances de la comunidad internacional.
- ✓ Representar cabalmente la posición ministerial en los foros sanitarios internacionales que se aborde la materia.
- ✓ Proyectar la perspectiva sectorial hacia la formulación de política exterior y de instrumentos internacionales.
- ✓ Participar y apoyar la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) de OPS/OMS.

En cooperación internacional:

- ✓ Nutrir el proceso de formulación de políticas y programas, con el conocimiento y experiencias de otros países (en especial de América Latina); para ello debe desarrollarse un conocimiento actualizado en esta materia¹³, ocupando distintas modalidades de trabajo.

¹² Los instrumentos internacionales de reconocimiento de estos derechos se presentan en la tercera parte del documento: Antecedentes.

- ✓ Proporcionar cooperación técnica basada en la experiencia del sistema de salud chileno a solicitud de otros países de América Latina.
- ✓ Promover formas de cooperación especiales en zonas fronterizas (Perú - Bolivia - Argentina).
- ✓ Promover y asesorar técnicamente la cooperación entre pueblos indígenas.
- ✓ Formular proyectos de cooperación para consideración de gobiernos y organizaciones internacionales (países, OPS/OMS, Unión Europea, otros).

Temas de Cooperación

Los temas de trabajo surgirán de las exploraciones bilaterales y multilaterales, luego de la identificación de las capacidades propias de cada país en la materia. Son prioritarias las áreas de:

- ✓ Desarrollo de recursos humanos: prácticas tradicionales de apoyo, desarrollo de la perspectiva multicultural.
- ✓ Mecanismos de participación y negociación social.
- ✓ Relación medicina oficial y medicina tradicional.

Algunas oportunidades específicas de cooperación: Fondo Voluntario de Naciones Unidas para el Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, Iniciativa SAPIA y Cooperación horizontal con América Latina.

13. Investigación

Epidemiología Sociocultural

Para el desarrollo de este enfoque, se deben realizar estudios de situación de salud bajo la mirada de una epidemiología socio cultural que tome en cuenta las propias categorías de salud enfermedad de los pueblos originarios, factores protectores y factores de riesgo desde su propia cultura.

Es así como los perfiles de mortalidad y morbilidad son un eje articulador esencial en estos procesos, los que con esta nueva mirada son colocados dentro de un ámbito territorial, destacando la importancia de las comunidades como grupos humanos delimitados socio - culturalmente. Este

¹³ Revisión regular de fuentes de información secundaria/terciaria sobre otros países y organismos internacionales (Páginas Web, Publicaciones, etc.)

eje articulador esencial, debe ser valorado no sólo por el equipo de salud como orientador de acciones, sino también por las propias comunidades, en las cuales las dimensiones espirituales, socio – culturales, políticas o económicas, cobran una importancia más integral que la que el sector Salud le ha otorgado tradicionalmente. Esto permitirá desarrollar un perfil más completo donde se enriquece la trama de condicionantes y determinantes de las formas de enfermar y/o morir de los pueblos originarios.

Para el desarrollo de este enfoque, se plantea la realización de estudios de situación de salud bajo la mirada de una epidemiología sociocultural que tome en cuenta las propias categorías tanto de problemas de salud de los pueblos originarios, como de sus propuestas de intervención o de solución. Esto permitiría la construcción de un perfil con indicadores pertinentes lo que podría llevar a desarrollar planes de acción gestionados con integralidad y complementariedad.

Consideraciones:

La realización de estudios e investigaciones en temas de salud y pueblos indígenas, debe enmarcarse en las siguientes orientaciones y principios¹⁴:

- √ Propender la conformación de equipos de investigación multidisciplinarios e interétnicos, en los territorios de los Servicios de Salud, en pos de la producción conjunta de conocimientos.
- √ Incentivar el desarrollo de enfoques participativos en las investigaciones, en los que se incorpore la definición conjunta de categorías de investigación.
- √ Considerar en las investigaciones los factores históricos, sociales y culturales. Favorecer la entrega de herramientas metodológicas a las comunidades, para el desarrollo de herramientas propias.
- √ Incorporar en los proyectos de investigación la evaluación del impacto ambiental en la salud y en cultura de los pueblos indígenas.
- √ Considerar en las propuestas de investigación un enfoque integral, evitando los enfoques aislados de la cultura indígena y del hábitat, por ejemplo estudios de plantas medicinales fuera del contexto cultural.
- √ Promover el establecimiento oficial de los derechos de propiedad intelectual y los beneficios obtenidos de la investigación.

¹⁴ Gran parte de las recomendaciones se señalan en “Hacia el abordaje integral de la salud: Pautas para la investigación con pueblos indígenas” OPS/OMS, 1996.

- √ Promover la reflexión y el intercambio de experiencias de investigación en espacios interculturales.
- √ Difundir el documento producto del grupo de trabajo a las diferentes organizaciones indígenas, reconociendo que su participación explícitamente y devolver a la comunidad sus resultados.

SEGUNDA PARTE

LOS PUEBLOS INDIGENAS Y LA SALUD EN CHILE. ESTADO DE SITUACION

LOS PUEBLOS INDIGENAS Y LA SALUD EN CHILE

ESTADO DE SITUACION

1. Antecedentes demográficos

La población indígena en Chile está constituida por ocho pueblos originarios: aymaras, rapa nui, quechua, mapuche, atacameño, colla, kawashkar y yagán.¹⁵

Según el último Censo Nacional de Población en Chile (Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, 1992) el porcentaje de población mayor de 14 años que se declara perteneciente a alguna cultura indígena alcanza un 10,3%, dato que ha sido relativizado, dado que en el Censo las personas optan voluntariamente por la condición indígena; según éste, en el país existían 998.385 indígenas (mayores de 14 años) que se reconocen como tales, en su gran mayoría, mapuches (93%). Además, el Censo consideró sólo tres grupos étnicos: mapuche, aymara y rapa-nui.

Por otra parte, según la Sexta Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen 96) que, a diferencia de la anterior, indagó la pertenencia a algún pueblo indígena, de encuestados de todas las edades (454.341 personas de 14 o más años), dio como resultado un total de 635.376 personas (4,5%) pertenecientes a alguno de los ocho pueblos indígenas de Chile, lo que significa que la encuesta

arrojó una estimación cercana a la mitad de la registrada por el Censo. Sin embargo, este instrumento no tuvo por objetivo la cuantificación de la población indígena. La Encuesta Casen 96 arroja resultados confiables a nivel nacional sólo para describir a la población indígena en términos socioeconómicos. No resulta posible usar sus resultados para determinar el número total de esta población¹⁶.

En todo caso, las cifras oficiales del Censo muestran que aproximadamente un millón de personas se autoidentificaron con los pueblos mapuche, aymara y rapa nui. En el Censo no se consideraron los grupos atacameños, quechuas, collas, kawashkar y yámana.

De acuerdo al Censo, las regiones del país que presentan alta concentración de población indígena son la Región de Tarapacá, Región de la Araucanía y Región de los Lagos.

¹⁵ Ministerio de Planificación, Chile, 1996.

¹⁶ Valenzuela Fernández, R. "Situación de los Pueblos Indígenas en Chile. Análisis de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen 1996)". Mideplan, Apuntes de Trabajo Documento N°1, Enero 1998

Tabla N°1 Población por Grupo Étnico Declarado, Censo 1992¹⁷

Grupo Étnico	Población
Aymara	48.477
Rapa Nui	21.848
Mapuche	928.060
Total indígena:	998.385
% Población Indígena:	10,33 %

Fuente: Toledo Llancaqueo, V. "Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Documento de Trabajo. OPS/MINSAL Chile, 1997

El Censo de 1992 mostró que en promedio 79,63 % de los indígenas viven en ciudades. La Región Metropolitana es donde se concentra el mayor número, alrededor de 433.035 personas (43,5%), de los cuales 95% son mapuche. Éste es el resultado de la migración constante iniciada a principios de siglo, en conjunto con el impacto del crecimiento natural de la población indígena en las áreas urbanas¹⁸.

Por otro lado, de acuerdo con resultados de investigaciones realizadas por el *Centro Latinoamericano de Demografía (Celade, 1993)*, referidos a cálculos sobre esperanza de vida en Chile, se pudo determinar que a nivel nacional dicho índice llega a 75,6 años para las mujeres y a 68,5 años para los hombres. El estudio señala que para población aymará, dicha esperanza llega a 66,9 años de vida en las mujeres y a 60 años para los hombres. En rapa-nui, por su parte, es de 76,1 años para mujeres y 69,7 años para los hombres. Finalmente, en Cautín (con información imprecisa, según el estudio), el cálculo de la esperanza de vida para ambos sexos llegó sólo a 67,5 años. Se concluye que tanto la población aymará como mapuche, presentan una esperanza de vida inferior al promedio nacional y que, respecto de la provincia de Parinacota y comuna de Putre, es la más baja del país, lo que corresponde con la elevada Tasa de Mortalidad Infantil que presentan los aymara.

¹⁷ El último censo de población y vivienda, por primera vez aplica una pregunta de autoidentificación étnica. La pregunta censal N° 16 del módulo III. Personas en el Hogar permitía obtener información según la siguiente interrogante: "Si usted es Chileno, ¿se considera perteneciente a alguna de las siguientes culturas?."

1. Mapuche;
2. Aymara;
3. Rapa nui;
4. Ninguno de los anteriores.

¹⁸ Valdés, M. : "Instrumentos De Cuantificación de Población Indígena: El Censo de Población y Vivienda 1992 y Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional Casen 1996."

2. Antecedentes socioeconómicos¹⁹

Las estimaciones de pobreza que hace la Encuesta Casen 96, se realizan mediante el llamado "método de ingreso", basado en el cálculo de la *línea de pobreza*. Esta se determina con el ingreso mínimo requerido en un hogar para satisfacer las necesidades básicas de sus integrantes.

El valor de la línea se estima a partir del costo de una canasta de alimentos que cubre las necesidades nutricionales de una determinada población y que considera sus hábitos de consumo.

El valor de dicha canasta es la suma hecha a partir de una estimación de los recursos requeridos por los hogares para satisfacer el conjunto de sus necesidades básicas.

Según los resultados de la Casen 96, el 25,0 % de la población indígena chilena vive en condición de pobreza no indigente y un 10,6% en condición de indigencia, es decir, un 35,6% de esta población era pobre al momento de aplicarse esta encuesta.

Al comparar estas cifras con la situación de la población no indígena, se aprecian las diferencias: 17,1% de pobres no indigentes y 5,5% de indigentes. Esta situación queda reflejada en la tabla siguiente:

Tabla N°2 Población indígena y no indígena según línea de pobreza, 1996.

	Población Indígena %	Población No Indígena %	Total País %
Indigente	10,6	5,5	5,7
Pobre no indigente	25,0	17,2	17,5
No pobre	64,4	77,3	76,8
Total	100,0	100,0	100,0

Mideplán, Depto. de Información Social. Encuesta Casen 1996. Nota: se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar

¹⁹ Valenzuela Fernández, R. "Situación de los Pueblos Indígenas en Chile. Análisis de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen 1996). Ministerio de Planificación y Cooperación, División Social, Departamento de Evaluación Social, Área de Estudios Indígenas. Apuntes de Trabajo, Documento N°1 Enero 1998.

De acuerdo con la distribución por sexo según área urbano/rural, la Casen 96 muestra que las mujeres tienden a vivir más en ciudades, lo cual permitiría sostener que, históricamente, la mujer indígena ha migrado más que el hombre.

Tabla N°3 Población indígena y no indígena según sexo, 1996

	Población Indígena		Población No Indígena		Total País	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombre	322.708	50,8	6.614.007	48,7	6.936.715	99,5
Mujer	312.668	49,2	6.962.666	51,3	7.275.334	100,5
Total	635.376	100,0	13.576.673	100,0	14.212.049	100,0

Fuente: Mideplan, Depto. de Información Social. Encuesta Casen 1996. Nota: excluye las cifras de la columna Sin Datos

La siguiente tabla ofrece una comparación a nivel nacional, por regiones, del total de pobres indígenas y no indígenas. En casi todas las regiones, a excepción de aquellas en las cuales la muestra de la Casen 96 no fue suficientemente representativa en lo relativo a población indígena, la pobreza afecta más a los grupos étnicos que al resto de la población, destacándose el caso extremo de la Octava Región con un 52,3% de indígenas pobres. También en situación extrema se encuentran otras regiones de alta concentración de población indígena: es el caso de la Décima, la Novena y la Primera. Se hace evidente que la mayor pobreza se concentra en la Región de Araucanía.

Tabla N °4 Población indígena y no indígena según línea de pobreza, por región, 1996

Región	Población Indígena		Población No Indígena		Total País	
	Pobres	No pobres	Pobres	No pobres	Pobres	No pobres
I	34,0	66,0	20,3	79,7	21,6	78,4
II	21,0	79,0	16,5	83,5	16,6	83,4
III	34,2	65,8	26,3	73,7	26,5	73,5
IV	27,0	73,0	30,3	69,7	30,5	69,5
V	10,3	89,7	22,4	77,6	22,2	77,8
VI	14,7	85,3	26,6	73,4	26,4	73,6
VII	30,7	69,3	32,5	67,5	32,5	67,5
VIII	52,3	47,7	33,3	66,7	33,9	66,1
IX	41,6	58,4	34,3	65,7	36,4	63,6
X	43,2	56,8	30,9	69,1	32,2	67,8
XI	36,6	63,4	20,8	79,2	21,9	78,1

XII	15,6	84,4	13,3	86,7	13,3	86,7
RM	19,6	80,4	14,7	85,3	14,8	85,2
Total	35,6	64,4	22,7	77,3	23,2	76,8

Mideplán, Depto. de Información Social. Encuesta Casen 1996. Nota: la columna caratulada como Pobre, incluye a Indigentes y Pobres No Indigentes

Una crítica a los indicadores con que se mide la pobreza y la calidad de vida, en el caso de las poblaciones indígenas, es que los criterios que se aplican corresponden a estilos de vida urbanos, que no recogen la realidad rural.

Índice de Desarrollo Humano : El Índice de Desarrollo Humano, toma en cuenta tres factores: salud, educación e ingreso, a través de los cuales se intenta obtener una medida del bienestar y de la calidad de las condiciones de vida de una población.

El indicador de salud que compone el IDH se conforma de los datos de esperanza de vida al nacer de la población analizada. Sin embargo, resulta muy difícil encontrar datos de esperanza de vida desagregados por etnicidad, debido a que el origen étnico de las personas no es registrado en los certificados de defunción con los que se elaboran las tablas de mortalidad por edades, las cuales constituyen el insumo fundamental para el cómputo de la esperanza de vida.

Una mirada preliminar, permite apreciar en general una situación desmejorada en el IDH de comunas con alta concentración de población indígena (30% o más de la población total de acuerdo al Censo de 1992).

Cabe señalar que, en cuanto al valor del IDH, la mejor situación la presentó la comuna de Vitacura, con 0.924, y el lugar 1 en el ranking, y la comuna de Yumbel presentó los valores más bajos, con 0.565 de IDH y el lugar 333 del ranking.

Tabla N°6 Índice de Desarrollo Humano comunas con alta concentración de población indígena

Comuna	Porcentaje de Población Indígena Comunal INE 1992	IDH	Ranking nacional según IDH
Putre	36,95	0.720	83
Perquenco	37,69	0.670	197
Huara	36,95	0.669	202
Lautaro	30,44	0.662	224
Sn-Juan de la Costa	51,11	0.650	245
General Lagos	74,57	0.648	248
Ercilla	39,91	0.647	249
Curarrehue	47,98	0.633	279
Colchane	90,80	0.628	292
Toltén	31,09	0.622	298
Lonquimay	39,04	0.618	305
Teodoro Schmidt	45,74	0.617	306
Galvarino	57,32	0.612	309
Freire	46,36	0.611	312
Tirua	45,76	0.610	314
Puerto Saavedra	64,03	0.607	318
Nueva Imperial	53,24	0.605	320
Panguipulli	31,92	0.605	319
Melipeuco	37,78	0.594	326
Lumaco	33,71	0.583	330

Fuente: Elaboración propia en base a MIDEPLAN-PNUD 2000, e INE 1992

3. Demandas de Salud de los Pueblos Indígenas en Chile

Las demandas en materia de salud manifestadas por organizaciones, líderes, autoridades tradicionales y comunidades indígenas a lo largo del país en diferentes instancias de diálogo con organismos de gobierno, a nivel local, regional y nacional, se refieren a:

- Demanda por reconocimiento, respeto y preservación de la medicina indígena y del medio ambiente. Los representantes plantean la necesidad de que se reconozca por parte del estado a la medicina indígena, así como la necesidad de resguardar e incentivar el conocimiento indígena, el uso de plantas medicinales y el conocimiento médico de sus sanadores y que se diseñen estrategias para proteger los ecosistemas indígenas con sus plantas tradicionales.
- Demanda por reconocimiento y respeto de la cosmovisión que conlleva los conceptos de salud enfermedad en la población indígena, en un marco de integridad de la atención y de la concepción de la salud y la enfermedad. Esto significa la consideración de los factores sociales, familiares y medioambientales en la atención, los que sí están presentes en la cosmovisión y práctica de los pueblos originarios.
- Demanda por participación en las decisiones acerca de programas de salud orientados a población indígena. Se ha expuesto el imperativo de que el desarrollo de proyectos y programas de salud en comunidades indígenas se base en la promoción de procesos autogestionados, utilización de recursos locales, y participación sistemática y activa de la población en el proceso de planificación, implementación y evaluación de los mismos.
- Demandas de mejoría de la calidad de la atención en los establecimientos públicos y respeto como personas por parte del personal sanitario. La población indígena percibe un trato discriminatorio cuando acude a hospitales o centros de salud. Esta discriminación es doble, pues a la condición indígena se suma la situación de pobreza, como también por la visión de que el pensamiento científico es algo que sólo se aprende en las universidades, y se menosprecia la práctica de la medicina tradicional .
- Demandas de mejoría de la capacidad resolutive de la atención, especialmente a nivel de atención primaria y establecimientos rurales, y mejoría del acceso a la atención: aumento de frecuencia de rondas rurales, mayor disponibilidad de exámenes médicos y atención de especialidades, mejor coordinación entre los servicios públicos, entre otros.

Por otra parte, existen demandas específicas referidas a la realidad de cada pueblo en particular. En el caso de los mapuches, a las demandas generales enunciadas más arriba, se suma el requerimiento de apoyos específicos a la labor de las machi; participación en el desarrollo de investigaciones con población mapuche; participación de longkos y sabios de los territorios mapuches en el desarrollo de proyectos de salud; y, en el ámbito hospitalario, permitir la complementación de tratamientos con medicina mapuche.

Las principales demandas del pueblo aymara se refieren a: incorporación del parto aymara tradicional en la atención hospitalaria, protección del sistema de alimentación altiplánico, a través de acciones que resguarden los productos vegetales y el medio ambiente en que éstos se desarrollan; reforzar el rol de los facilitadores interculturales que trabajan con población aymara; mejoría de la calidad de la atención y frecuencia de las rondas rurales; y conocimiento y valoración por parte de los integrantes de los equipos de salud de la cultura, lenguaje y medicina aymara.

4. Situación de salud de los Pueblos Indígenas en Chile

Cobertura de previsión en salud de la población indígena: *En base a la Casen 96²⁰, es posible aproximarse a la cobertura de los sistemas previsionales de salud de la población. Según los resultados de esta encuesta, el 81% de la población indígena se adscribe como beneficiario del sistema público, en comparación al 58,7% de población no indígena con esa calidad previsional. En segundo lugar aparecen las Isapres, las cuales cubren sólo el 9,3% de la población indígena, cifra muy inferior al 25,3% de población no indígena. La condición de particulares para efectos del pago de las prestaciones de salud, la presenta el 6,7 % de la población indígena y el 11,2 % de la no indígena. Otros sistemas de salud de menor importancia, son presentados en el cuadro siguiente:*

²⁰ Valenzuela, op. Cit.

Tabla N° 7 Población indígena y no indígena según sistema previsional de salud, 1996

Sistema Previsional	Población Indígena	Población No Indígena	Total País
Sistema Público	81,0	58,7	59,7
FF.AA.	1,2	3,2	3,1
Isapre	9,3	25,3	24,6
Particular	6,7	11,2	11,0
Otro Sistema	0,5	0,5	0,5
No sabe-No responde	1,2	1,0	1,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Mideplan, Depto. de Información Social. Encuesta Casen 1996

Para efectos de la aplicación de la Casen 96, se identifican cuatro grupos de beneficiarios del sistema público, segmentados según nivel de ingreso, los cuales se distribuyen en:

Tabla N°8 Población indígena y no indígena según acceso al sistema público de salud, por segmentos, 1996

Sistema Público	Población Indígena	Población No Indígena	Total País
Grupo A	53,6	22,8	24,1
Grupo B	12,5	13,5	13,5
Grupo C	5,8	9,0	8,8
Grupo D	6,2	10,2	10,1
No sabe-No responde	2,9	3,2	3,2
Total	81,0	58,7	59,7

Fuente: Mideplan, Depto. de Información Social. Encuesta Casen 1996

Se observa que más de la mitad (53,6%) de los indígenas que se atienden en el sistema público se ubica en el Grupo A, es decir, son indigentes desde el punto de vista previsional de salud, a lo cual se suma un 18,3% quienes estando inscritos en FONASA, tienen ingresos inferiores a 99 mil pesos a noviembre de 1996. En síntesis, un 72% de los indígenas que llegan hasta el sistema público de salud, presentan mayor precariedad económica que la población no indígena.

Los datos anteriores pueden ser complementados con un estudio del FONASA²¹, en base a una muestra de 79.857 personas indígenas consideradas en las bases de datos de CONADI, cruzada con la base de beneficiarios del FONASA, con los siguientes resultados.

Tabla N°9 Distribución de Población Indígena por Regiones y Condición Previsional en FONASA, 1996

Regiones	S/D	%	A	%	B	C	D	B+C+D	%	Total
I-II-III	1.425	26,2	1.545	28,4	1.554	360	549	2.643	45,3	5.433
V	307	21,9	680	48,5	184	116	115	415	29,6	1.402
R. Metropolitana	676	26,2	716	27,7	552	334	305	1.191	46,1	2.583
IX-X-XI-XII	3.269	4,6	52.569	74,6	9.593	2.699	2.309	14.601	20,7	70.439
	5.677	7,1	55.510	69,5	11.883	3.509	3.278	18.670	23,4	79.857

Fuente: Fondo Nacional de Salud. Subdepartamento de Operación Territorial. Octubre, 2001

Según los resultados de la muestra, en el Grupo A se encuentran 55.510 personas, que representan el 69,5%, mientras que 5.677 personas equivalentes al 7,1% no se ubican en ningún tramo. Como se puede observar en el cuadro anterior, de un total de 79.857 personas, la mayor cantidad de personas en el tramo A, está concentrada en el Sur y corresponde a 52.559 indígenas, equivalente a un 65,8% de la muestra y 74,6% de la población de esa región.

En definitiva, el estudio de FONASA arroja un mayor porcentaje de población indígena dentro de las categorías previsionales del sistema público de menores ingresos que los resultados de la Casen 96. En el tramo A o indigentes, 53,6% Casen 96 versus 69,5% FONASA; y, en el tramo B, 12,5% Casen 96 versus 14,88% FONASA.

Acceso a los servicios de salud: *El acceso constituye un factor central para la producción de resultados de salud diferenciales entre los grupos humanos al interior de una sociedad. Las restricciones pueden producirse por diferentes mecanismos: ubicación, costos y aspectos culturales.*

Históricamente ha operado la concentración de los pueblos originarios en barrios y/o regiones, en espacios tanto rurales como urbanos. En sectores rurales, coincidentemente los servicios públicos de estas localidades, incluyendo los de salud, pueden presentar menor cobertura y efectividad; por ejemplo, se da una fuerte concentración de médicos, de equipos y de servicios en áreas urbanas.

²¹ Fondo Nacional de Salud. Subdepartamento de Operación Territorial. Octubre, 2001

Algunas comunidades indígenas viven en lugares alejados de los servicios públicos lo que dificulta el acceso, pero además existe una inaccesibilidad cultural. El desconocimiento de los integrantes de los equipos de salud respecto de la cultura, lenguaje y sistema médico de la población indígena ha condicionado también una menor accesibilidad a los servicios de salud.

El peso de la segregación y discriminación realizada por los propios servicios con pacientes que pertenecen a los pueblos originarios, es la causa menos explorada en los estudios disponibles, pero es factible que el sistema de salud reproduzca también estereotipos que existen en la sociedad en general, y que por esta vía fortalezca la discriminación, o genere un incremento de la misma, temática que se debe investigar.

Oportunidad del acceso: Este es otro elemento relevante a considerar. Puede ser que las personas accedan a los servicios pero que lo hagan en un estadio más tardío del proceso salud-enfermedad, lo que hace en algunos casos imposible el éxito de la intervención médica y puede justificar los indicadores diferenciales.

Las razones por las cuales los individuos o los grupos asisten tardíamente a las consultas tienen en parte que ver con los temas ya mencionados: costos, ubicación y cultura, pero también con la visión del proceso salud-enfermedad y el conocimiento y la información disponible sobre el papel de la prevención y de la promoción de la salud. En este escenario, la búsqueda de las intervenciones del sector salud de carácter curativo y/o reparador, prevalece por sobre una perspectiva integral, fenómeno que en la concepción indígena es la base de la interpretación de los procesos de salud enfermedad.

Situación epidemiológica: La información epidemiológica disponible a partir de un estudio del quinquenio 1988-1992, sobre una muestra de comunas con alta concentración de población indígena²², mostró que el perfil de salud de las poblaciones indígenas de Chile, comparado con el resto del país, revela una brecha sustantiva expresada en:

- a) Altas tasas de Mortalidad Infantil, superiores hasta en 40 puntos a la tasa nacional, en el caso atacameño.
- b) Menor esperanza de vida, inferior incluso en 10 años, en el caso aymara.
- c) Bajo Índice de Swaroop, equivalente al que poseía Chile a inicios de la década de los ochenta.

²² Toledo Llancaqueo, V. "Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Documento de Trabajo. OPS/MINSAL Chile, 1997.

- d) Patrón de Causas de Muerte pre-transición epidemiológica, en el caso aymara.
- e) Condiciones de salud indígena - urbana más deterioradas que en el campo.

Tabla N°10 Tasa de mortalidad Infantil 88 –92, esperanza de vida 1993 e Índice de Swaroop 88 - 92, en comunas representativas de pueblos indígenas²³

Pueblo	Comunas de referencia²⁴	T. M. Infantil 88-92	Esperanza de Vida 1993	Índice Swaroop 88-92
Aymara	Parinacota	40	63.39	65.45
Atacameños	San Pedro	57	s/i	s/i
Rapa Nui	Isla de Pascua	32	72.76	52.5
Mapuche	Saavedra	34	67.47	68,15
Chile	-	15	72.00	76.16

Fuente: Toledo Llancaqueo, V. "Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Documento de Trabajo. OPS/MINSAL Chile, 1997.

En términos generales puede afirmarse que la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile, presenta una situación más deficitaria en comparación con el resto de la población nacional, medida en indicadores clásicos. Sin embargo, a la fecha está pendiente el recabar mayores antecedentes para avanzar en un diagnóstico más detallado en relación a acceso y situación de salud, que permitan comparar los perfiles de salud entre los pueblos indígenas y éstos con la población nacional.

Una constante es la existencia de indicadores más deteriorados en poblaciones con alta concentración de población indígena. Se requiere realizar estudios en comunidades indígenas para establecer la presencia de factores protectores o agresores con relación a aquellas enfermedades donde los riesgos relativos son altos para la población indígena y aquellos en que estos riesgos son bajos, con el propósito de identificar los factores protectores con el fin de evitar la enfermedad y la muerte.

El indicador Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) expresa la magnitud de la mortalidad y su trascendencia, reflejada en la precocidad de la muerte. Mide los años que se pierden por la ocurrencia de defunciones antes de una edad determinada, que para esta estimación fue de 80 años. En las comunas con preponderancia de población indígena, hay un promedio mayor de AVPP en relación con el promedio nacional. En un grupo de comunas seleccionadas por alta

²³ Toledo LI., Op. Cit.

densidad indígena (año 1997), el AVPP fue de 110,58, frente al promedio nacional que era de 89,55.

La siguiente tabla muestra la situación de 18 comunas de alta concentración de población indígena con respecto al AVPP 98, estando ellas en el cuartil 4°, es decir, el de peor situación relativa con respecto a este indicador.

²⁴ Comunas con más de un 30% de población indígena.

Tabla N° 11 Años de Vida Potencialmente Perdidos (promedio anual y tasa por 1.000 hbts.) 1994 – 1998 en comunas seleccionadas con alta concentración de población indígena

Comuna	Población Indígena INE, 92	% de Población Indígenas, INE 92	AVPP (*) Promedio Anual (Número)	Tasa por 1000 hab (*)	Cuartil (*)
Colchane	829	90.80	184.2	111	4°
Puerto Saavedra	6143	64.03	2331.0	157	4°
Galvarino	5334	57.32	1630.8	112	4°
Nueva Imperial	13678	53.24	4719.2	120	4°
San Juan de la Costa	3493	51.11	1543.6	144	4°
Curarrehue	1868	47.98	699.2	119	4°
Freire	7556	46.36	2655.6	110	4°
Tirua	2533	45.76	1271.6	132	4°
Teodoro Schmidt	4716	45.74	1691.6	109	4°
Ercilla	2374	39.91	1055.0	121	4°
Lonquimay	2410	39.04	1129.4	126	4°
Melipeuco	1403	37.78	738.4	141	4°
Huara	525	36.95	269.6	137	4°
Lumaco	2822	33.71	1544.6	122	4°
Panguipulli	6625	31.92	3955.2	131	4°
Lautaro	6123	30.44	3471.4	119	4°
Carahue	5195	29.78	3394.2	129	4°
Camiña	261	29.76	184.6	130	4°

Fuente: elaboración propia en base a INE, 1992, y (*) Ministerio de Salud, Depto. de Epidemiología, 2000

El indicador Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) permite medir el exceso de riesgo de morir de una comunidad, en comparación con otra, que se utiliza de referencia, anulando la distorsión que producen las diferentes estructuras etáreas²⁵. Como su nombre lo indica, se construye basándose en la razón (o cociente) entre las muertes observadas por una determinada causa en un período específico, y las muertes esperadas para esa causa en ese período, amplificando por 100.

La REM se interpreta como el exceso o déficit de riesgo observado en una determinada población, en comparación con una población estándar. La REM por encima de 100, expresa un exceso de riesgo y cuando está por debajo significa que el riesgo es inferior al de la población estándar.

El mayor daño se observa en la zona sur del país, donde se concentra un número más alto de comunas con REM significativamente superior al promedio (67 comunas). Solamente en las regiones VIII, IX y X, se encuentra el 50% del total de población afectada. De ellas la región más perjudicada es Bío Bío, con 33 comunas con REM significativamente superior, que abarcan el 93% de la población regional.

Una mirada sobre la situación de la población indígena con respecto al REM muestra que, dentro del grupo de las 21 comunas de mayor concentración de población indígena, 13 de ellas presentan una situación de mayor riesgo, es decir sobre el valor 100, situación que se presenta en la siguiente tabla:

Tabla N°12 Razón Estandarizada de Mortalidad 1994 – 98 en comunas seleccionadas con alta concentración de población indígena

Comuna	Población indígena INE, 92	Porcentaje de población indígena INE, 92	REM
Puerto Saavedra	6,143	64.03	116.4
Galvarino	5,334	57.32	110.6
Nueva Imperial	13,678	53.24	115.2
Sn Juan de la Costa	3,493	51.11	109.7
Curarrehue	1,868	47.98	100.3
Freire	7,556	46.36	108.4
Tirua	2,533	45.76	112.0
Teodoro Schmidt	4,716	45.74	116.9

²⁵ González C., Aguilera X., Guerrero A., Child V., Georg V. "Indicadores comunales para el estudio de la desigualdad en salud", en: "Situación de Salud Chile 2000". Compilación de documentos. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, enero 2001.

Ercilla	2,374	39.91	109.2
Melipeuco	1,403	37.78	106.0
Lumaco	2,822	33.71	108.8
Panguipulli	6,625	31.92	116.0
Lautaro	6,123	30.44	120.9

Fuente: elaboración propia en base a INE, 1992, y (*) Ministerio de Salud, Depto. de Epidemiología, 2000

Por otro lado, se requiere de estudios que aborden la situación de salud de la población indígena desde el punto de vista de factores protectores, que permitan entregar una visión amplia y no solo problematizadora de sus condiciones sanitarias.

Como se planteara en la propuesta de readecuación del Programa, cuando se reconoce el carácter y la determinación social del proceso salud - enfermedad, obliga al sector salud a replantearse de una manera diferente la explicación de los Diagnósticos de Salud que se desarrollan al interior de los Servicios, esto lleva al desarrollo de una epidemiología sociocultural.

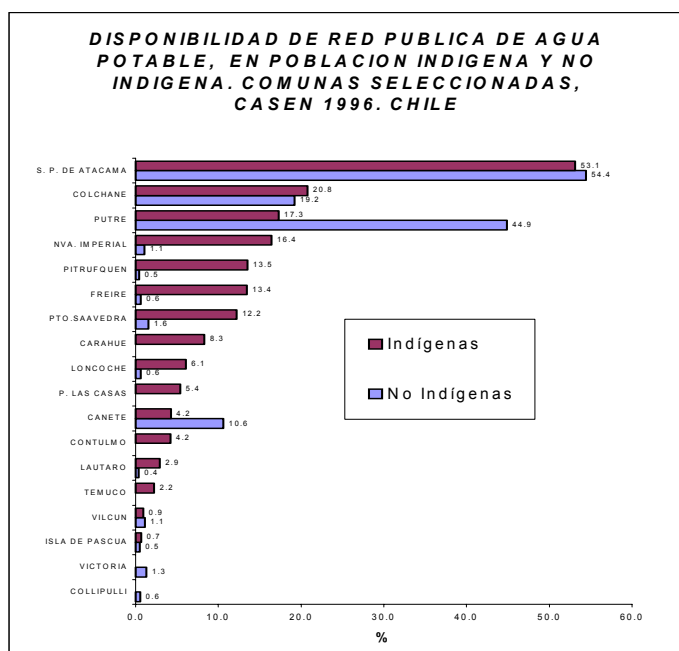
5. Salud ambiental y saneamiento básico

Para las comunidades indígenas, existe una relación armónica entre el hombre y el medio ambiente, con un conjunto de fuerzas que rigen a éstos dos, de manera que los conceptos de salud y enfermedad se sustentan en una visión global e integradora del hombre y la naturaleza. Desde este punto de vista, la descripción de la situación de salud ambiental de los pueblos indígenas a partir de indicadores clásicos se hace insuficiente, ya que no incorpora los valores y conceptualización desde la cosmovisión indígena.

Sin embargo, esta descripción desde indicadores técnicos de saneamiento ambiental también es necesaria, aunque no suficiente, para dar cuenta de las brechas existentes en salud del ambiente y su relación con las condiciones de vida. Queda planteado el desafío de incorporar indicadores cualitativos que den cuenta de la valoración y condiciones del medio ambiente como un espacio cultural, económico y social donde se desarrolla la vida de un pueblo.

- ✓ **Acceso agua potable:** se constata el desmedro en que se encuentran los pueblos originarios, tanto a nivel nacional como en comunas de alta concentración de población indígena, ya que un alto porcentaje no dispone de las condiciones mínimas necesarias para el consumo de agua

Gráfico N°1



potable, lo que redunda en una exposición mayor al riesgo de contraer enfermedades entéricas: como el cólera, hepatitis, fiebre tifoidea y paratifoidea, diarrea, etc.

Tabla N°13 Población indígena y no indígena según de donde proviene el agua de su vivienda. Total país, 1996

Proveniencia del agua potable	Población Indígena%	Población No Indígena%	País %
Red pública	57,8	90,5	89,1
Pozo o noria	26,5	5,7	6,6
Río, vertiente o estero	14,7	2,7	3,3
Otra	1,0	1,1	1,1
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Mideplán, Depto. de Información Social. Encuesta Casen 1996

Esta diferencia es más acentuada cuando se compara la población urbana y rural. En las comunas y localidades sometidas a un estudio de la División de Salud del Ambiente del Ministerio de Salud se observa que los porcentajes de la población indígena conectada a la Red Pública de Agua Potable no superan al 50% del total, a excepción de la comuna de Isla de Pascua.

- ✓ **Disposición de excretas:** A nivel nacional, la conexión al alcantarillado, presenta un porcentaje muy inferior en el caso de viviendas indígenas; predominan, cajón sobre pozo negro u otros similares o, simplemente la no disponibilidad de sistema alguno. El standard nacional señala que el 74,5% de las viviendas, cuentan con conexión al alcantarillado. En las zonas rurales los porcentajes de disposición adecuada son bajos y las diferencias son significativas entre la Población Indígena (8.7%) y la Población No Indígena (24.4%).

Tabla N° 14 Población indígena y no indígena según sistema de eliminación de excretas. Total país, 1996

	Población Indígena	Población No Indígena	Total País
Sistema de eliminación de excretas	%	%	%
Sí, W.C. conectado al alcantarillado	40,6	76,0	74,5
Sí, W.C. conectado a fosa séptica	4,7	5,2	5,2
Sí, letrina sanitaria	0,6	0,4	0,4
Sí, cajón sobre pozo negro	47,4	14,1	15,5
Sí, cajón sobre acequia o canal	0,5	0,1	0,1
No dispone	6,2	4,0	4,1
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Mideplan, Depto. de Información Social. Encuesta Casen 1996

En síntesis, la información disponible permite afirmar que, en términos de agua potable y de sistemas de eliminación de excretas, la población indígena en relación con la no indígena, presenta condiciones más deficitarias.

- ✓ **Residuos sólidos domiciliarios:** Según un estudio de la División de Salud Ambiental con datos del año 1997²⁶, con respecto a cobertura de la recolección domiciliar de residuos sólidos (basura) para un grupo de comunas seleccionadas, que presentan alta concentración de población indígena, se observa que tanto en el sector urbano como rural tiene una alta cobertura de recolección domiciliar que varía más o menos entre el 97 y 100%, salvo las excepciones en la comuna de Los Alamos (48.3%), a la comuna de Freire (70%) y San Juan de la Costa (74%). No se dispone de información para las comunas de San Pedro de Atacama e Isla de Pascua.

Al analizar la información se observa que tanto en el sector urbano como rural tiene una alta cobertura de recolección domiciliar que varía más o menos entre el 97% y 100%, salvo las excepciones en la comuna de Los Alamos (48.3%), a la comuna de Freire (70%) y San Juan de la Costa (74%).

Sin embargo, con respecto a la disposición final de basuras, la situación es diferente. " En la novena región, de las 31 comunas solo 12 disponen los residuos sólidos cumpliendo con las

²⁶ División de Salud Ambiental, Ministerio de Salud, 2001: "Estimaciones de Población Indígena en riesgo de Salud por Condiciones de Saneamiento Ambiental". Mariluz Soto

normas sanitarias mínimas, presentando el resto serias irregularidades en su disposición final, lo que trae consigo una serie de problemas ambientales: proliferación de vectores, malos olores, contaminación de las napas subterráneas, deterioro del paisaje, entre otros".²⁷

- ✓ **Enfermedades entéricas por condiciones inadecuadas de saneamiento básico (agua y excretas) en comunas con población rural indígena seleccionadas:** a peores condiciones sanitarias básicas, las tasas por enfermedades entéricas (fiebre tifoidea y paratifoidea, y hepatitis) se hacen más altas, por tanto si queremos tener una población con indicadores de enfermedad más bajos se debe dotar de condiciones sanitarias básicas adecuadas a estas poblaciones rurales indígenas, que tienen ruralidad concentrada y probablemente muchas dispersas.

A continuación se presenta la situación de comunas con alta concentración de población indígena en que se superan las tasas nacionales de fiebre tifoidea y hepatitis.

Tabla N° 15 Tasa de Fiebre Tifoidea y Para-Tifoidea por 100 mil habitantes, según porcentaje de población rural y porcentaje de cobertura de red pública de agua potable y disposición adecuada de excretas, en comunas seleccionadas, 1996

Comuna	%Pob. Rural	Fiebre Tif. y Paratif. Por 100 mil hbts.	Cobertura Red Pública de agua potable %	Disposición adecuada excretas
Total país	15.3	9.7	14.1	8.7
Loncoche	86.4	20.6	6.1	7.0
Pitrufquén	86.5	14.6	13.5	2.5
Collipulli	69.5	24.0	0.0	0.0
Cañete	83.7	15.9	4.2	0.0

Fuente: División de Salud Ambiental, Ministerio de Salud, 2001: "Estimaciones de Población Indígena en riesgo de Salud por Condiciones de Saneamiento Ambiental".

²⁷ Política Ambiental Regional. CONAMA Mayo, 1998. Citado en "Las comunidades mapuches no son botaderos de basura". Mario Castro Venegas. Programa de Salud con Población Mapuche, Servicio Salud Araucanía Sur

Tabla N° 16 Tasa de Hepatitis por 100 mil habitantes, según porcentaje de población rural y porcentaje de disposición adecuada de excretas, en comunas seleccionadas, 1996

Comuna	%Pob. Rural	Hepatitis por 100 mil hbts.	Red Pública	Disposición adecuada excretas %
Total país	15.3	67.3	14.1	8.7
Loncoche	86.4	70.0	6.1	7.0
Temuco	57.4	86.6	2.2	0.0
Pto. Saavedra	92.9	87.6	12.2	3.0
Victoria	60.9	128.3	0.0	4.7

Fuente: División de Salud Ambiental, Ministerio de Salud, 2001: "Estimaciones de Población Indígena en riesgo de Salud por Condiciones de Saneamiento Ambiental".

✓ **Contaminación del entorno de las comunidades por basurales clandestinos, residuos forestales, mineros y otros,**

A través de diversos estudios se evidencia la existencia de contaminación de diferente tipo en los alrededores de comunidades indígenas, especialmente en la novena región. Entre los factores asociados destaca el efecto de los monocultivos forestales y sus actividades anexas en la degradación del medio ambiente.

Otros problemas medioambientales que afectan a las comunidades indígenas rurales son: contaminación de cursos y cuerpos de agua por residuos domésticos e industriales; erosión y degradación de los suelos de cultivo; pérdida paulatina y gradual del bosque nativo y espacios sagrados; pérdida paulatina de la medicina originaria por la falta de recursos terapéuticos como plantas, yerbas y otros elementos propios de la medicina originaria; contaminación hídrica de los segundos niveles freáticos por la evacuación de aguas en carreteras viales que cruzan los distintos territorios Indígenas; vertederos municipales en territorios de comunidades; microbasurales clandestinos en comunidades, pérdida paulatina del territorio por mega proyectos viales, hidroeléctricos e industriales; contaminación por biocidas, aplicadores y controladores químicos en la zona de cultivos.

TERCERA PARTE

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

1. Marco Político y Legal

La construcción de una política de Salud y Pueblos Indígenas en Chile se sustenta en variados antecedentes, tanto en el contexto de procesos nacionales e internacionales de movilización de los pueblos indígenas, como de la legislación y acuerdos internacionales sobre el reconocimiento y derechos de los pueblos indígenas, y también en el marco de la generación de políticas estatales, a nivel nacional, en diversos ámbitos de desarrollo.

a) Antecedentes históricos

Es de interés señalar que desde la Independencia de España, en general la política indigenista de los países americanos fue liberal e integracionista en lo político cultural, pretendiendo la integración de los grupos originarios a la sociedad dominante. En nuestro país, los continuos conflictos por propiedad de la tierra respecto a las políticas colonizadoras, que aconsejaban la conveniencia de un arbitraje, llevaron a la restitución de la figura colonial del “protector de indígenas” (1852), y más tarde, a la creación de los juzgados de indígenas (1930).

La necesidad de considerar más específicamente los factores culturales, por ende un primer atisbo de consideración favorable hacia la identidad de los pueblos originarios, surge en la creación del Instituto Indigenista Interamericano (I.I.I., Pátzcuaro, México, 1940). En esta ocasión, Chile estuvo representado por el carismático líder mapuche Venancio Coñuepán; posteriormente el primer encargado de la Dirección de Asuntos Indígenas del Ministerio de Agricultura (1953). Sin embargo, en general las preocupaciones mayores giraron acerca de la propiedad y productividad de la tierra.

Todos los países de la región adoptaron políticas indigenistas análogas, en base a un ente estatal autónomo, que desarrolla diferentes políticas de desarrollo comunitario hacia los pueblos originarios que continúan viviendo en calidad de tales.

A mediados de los años ochenta, el Instituto Indigenista Interamericano realizó un Convenio con la OPS, mediante la cuál ésta se transforma en una especie de agencia de apoyo sanitario para las políticas que impulsa en estas materias.

En Chile, la preocupación por la identidad cultural, ampliando al menos teóricamente la perspectiva anterior, surge con la ley N° 17.729, de 1972, que creó el Instituto de Desarrollo Indígena, de escasa existencia al devenir luego el gobierno militar. Esta iniciativa fue reiterada por la ley N° 19.253, de 1993, que creó la CONADI. Ambas legislaciones basan esta acción en la creación de un organismo técnico autónomo.

b) Instrumentos internacionales vigentes

Son numerosos los instrumentos internacionales que abordan directamente o indirectamente el tema de los pueblos indígenas. Entre ellos, cabe destacar como hitos esenciales, dada su integralidad y las implicancias que tiene para el sector salud, las siguientes:

- ◆ Convenio OIT N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989).
- ◆ Designación del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo 1995-2004 (Resolución ONU N° 48/163 de 1993).
- ◆ Resolución V OPS/OMS sobre “Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas” (SAPIA), que a su vez se basa en la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en Winnipeg, Canadá, 13-17 Abril 1993.

c) Antecedentes: hitos previos importantes

Hasta la adopción del Convenio N° 169 de la OIT, no había instrumentos internacionales que reconocieran explícitamente los derechos indígenas: ni la Declaración Universal de Derechos Humanos, ni el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, ni el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales mencionan éstos en forma específica, sin embargo, es evidente que han representado la base para la elaboración de los mismos.

En los años 40, tales derechos eran visualizados como problemas de “minorías étnicas”: el Art. 27 del Pacto de Derechos Civiles señala que: “En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a ellas, el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y emplear su propio idioma”. Ese artículo es la primera mención del tema en el marco internacional de protección de los derechos de las personas, por cuanto: (1) reconoce con claridad la existencia de grupos colectivos diferenciados del resto de la

sociedad, (2) señala claramente que esos derechos se ejercen en común y no en forma individual y, (3) se otorga el ejercicio del “derecho que les corresponde”, esto es, un derecho anterior a las declaraciones, pactos y leyes.

Entre los 70-80 se comenzó también a discutir el tema de los derechos colectivos, a través del cual se busca proteger y desarrollar las propias y particulares características culturales de una colectividad. En torno a esto surgieron nuevos conceptos; el de “territorio” por ejemplo, que se refiere a un concepto más abstracto que el de “tierras”, y es el conjunto físico y simbólico en el que habita un pueblo con su patrimonio cultural.

La Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección de Minorías en la Comisión de Derechos Humanos de la ONU nombró al experto Martínez Cobo para realizar un estudio acerca de las poblaciones indígenas y llegar a una definición de las mismas. Éste propuso una definición de trabajo que remarcaba una diferencia entre minorías o grupos minoritarios en general y poblaciones indígenas (no utilizaba el término “pueblos”), en que estas últimas existían como consecuencia de un proceso histórico de conquista y colonización impuesta por una cultura transoceánica.

d) Designación del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo 1995 - 2004 (Resolución ONU N° 48/163 de 1993).

Las Naciones Unidas iniciaron su primer trabajo formal sobre poblaciones indígenas en 1982, con el establecimiento del Grupo de Trabajo sobre Poblaciones Indígenas (Res. 2/34 de 1982). Desde entonces, se han realizado una amplia gama de actividades como parte del programa de derechos humanos de la Organización y dentro del sistema de las Naciones Unidas en su conjunto.

Probablemente el logro más importante hasta ahora ha sido la elaboración, por parte del Grupo de Trabajo, del proyecto de Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. El proyecto se terminó de elaborar en 1993, tras diez años de trabajo, con la participación de muchos Gobiernos y cientos de organizaciones indígenas. El proyecto fue presentado en 1994 por el Grupo de Trabajo a la Subcomisión de Prevención de Discriminación y Protección de las Minorías, la cual lo adoptó y presentó a la Comisión de Derechos Humanos en 1995. La Comisión ha establecido el Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el proyecto de declaración para revisar el texto presentado por la Subcomisión.

Allí, el debate ha estado concentrado en el reconocimiento de los derechos colectivos y el significado e implicancias del concepto "libre determinación", su aspecto más controvertido. El objetivo es concordar y aprobar un instrumento de carácter vinculante, esto es, que obligue a los Estados. En el derecho internacional, las declaraciones no tienen la misma fuerza vinculante que las convenciones, pactos y, por sobre todo, los tratados; pero son uno de los instrumentos que permiten la operación de los sistemas internacionales de protección. Los Estados aprueban las declaraciones en la Asamblea General de Naciones Unidas y posteriormente deben ratificarla individualmente.

La Asamblea General proclamó 1993, el Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo y, dos años más tarde, decidió celebrar el período 1995-2004 como el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo e hizo una llamada a todos los Estados, al sistema de las Naciones Unidas y a las organizaciones no gubernamentales para que contribuyesen a la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones indígenas bajo el lema "Poblaciones indígenas: colaboración en acción". El Decenio tiene como coordinadora a la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

El establecimiento de un foro permanente para los pueblos indígenas es también una iniciativa enmarcada en el Decenio. Está concebida para dar adecuada atención y consideración a escala internacional, a las materias y problemas que interesan a los pueblos indígenas, en función esencialmente de sus particularidades. El Grupo de Trabajo no ha alcanzado consenso aún sobre esta iniciativa, habiéndose celebrado ya dos seminarios sobre el tema: Copenhagen en junio de 1995 y otro en Santiago de Chile, en junio de 1997.

La meta del Decenio es fortalecer la cooperación internacional a fin de solucionar los problemas con que se enfrentan los indígenas en el ámbito de los derechos humanos, la cultura, el medio

ambiente, el desarrollo, la educación y la salud. Uno de sus principales objetivos es la aprobación de una Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, y la formulación ulterior de normas internacionales, así como promover la aplicación de las recomendaciones relativas a las poblaciones indígenas, formuladas en todas las conferencias internacionales.

**e) El Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.
OIT, 1989**

Surge como resultado de la revisión de normas anteriores de la OIT, en especial el Convenio 107 de 1957, sobre “poblaciones indígenas y tribales”. Fue adoptado por la Conferencia General con fecha 7 de junio de 1989, siendo el primer instrumento que se refiere a “pueblos indígenas”. Aunque el primero contiene un riguroso elemento de protección fue revisado porque sus disposiciones se consideraron obsoletas debido a su enfoque de corte integracionista. No obstante, sigue vigente en 20 países y, a menudo, es el único elemento de protección internacional del que se dispone. La perspectiva integral sobre los pueblos indígenas que tiene este Convenio, al abordar una gran amplitud de aspectos manifiesta su creciente reconocimiento internacional.

El Convenio 169 ha sido ratificado por 13 países: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Dinamarca, Ecuador, Fiji, Guatemala, Honduras, México, Noruega, Países Bajos, Paraguay y Perú. El proceso de ratificación ha sido lento, siendo probable que constituya un documento avanzado para las políticas de varios países. La ratificación del Convenio implica un reconocimiento amplio de los pueblos indígenas, por parte de los gobiernos firmantes, basado en los conceptos de respeto y participación, considerando la conciencia de “identidad indígena o tribal, como criterio fundamental para determinar los grupos interesados”. En su texto, el término ‘pueblo’ responde a la idea de que tienen “identidad y organización propia”.

No obstante, un inciso agregado cercena su derecho a la libre determinación al establecer que el uso del término ‘pueblos’ en el Convenio “no deberá interpretarse en el sentido que tenga implicación alguna en lo que atañe a los derechos que puedan conferirse al dicho término en el Derecho Internacional”.

En el sentido anterior, el Convenio hace explícito el temor de la comunidad internacional de reconocer derechos especiales a los indígenas, en cuanto a que la libre determinación conduzca a demandas separatistas de gobernabilidad.

El debate en Chile ha estado también marcado por esos mismos aspectos, lo que condujo a su congelamiento y posterior retiro del Parlamento, donde había ingresado con fecha 3/enero/1991, pasando las Comisiones de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía, y de Relaciones Exteriores. Esta última solicitó la opinión de un grupo de constitucionalistas, los que, con la excepción del Profesor Alejandro Silva Bascuñán, señalaron que en la Constitución la idea de 'pueblo' era unívoca, o sea, se hablaba de "un solo pueblo: la nación chilena". El citado Profesor indicaba que era constitucional y no se oponía a ella, porque podía comprenderse a los pueblos indígenas como cuerpos intermedios de la sociedad, reconocidos y valorados constitucionalmente. Esta posición fue minoritaria y condujo a su no-aprobación, como también al retiro de la Reforma que introducía el reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas en 1992. El proyecto de acuerdo volvió a ingresar al Senado con fecha 12/04/2000, siendo tratado en varias sesiones, hasta que en la Sesión 25° (23/01/2001) se retira la suma urgencia.

Los aspectos esenciales de la discusión en el nivel nacional, quedan reflejados en el Proyecto de Declaración que aprueba el Convenio, elaborado por Cancillería, que reza:

"El Gobierno de la República de Chile, al momento de proceder a la ratificación del Convenio ... , declara, a los efectos de su aplicación en Chile: que el reconocimiento de los derechos previstos en el mismo, tiene por objeto, no sólo garantizar en la práctica su igualdad entre los miembros de la comunidad nacional, sino que también la efectiva integración a ésta de los individuos de los referidos pueblos, en términos de igualdad y respetando sus peculiaridades culturales; que tal reconocimiento no puede implicar el otorgamiento a esos pueblos de la calidad de sujeto de derecho internacional; que el ejercicio de los aludidos derechos no puede constituir privilegios, ni afectar los derechos de los demás miembros de la comunidad nacional, o a la integridad territorial de la República; que, por todo lo anterior, los habilitados para ejercer los mencionados derechos ..., son sólo los individuos de dichos pueblos y no éstos; y, que la Ley (Indígena) tiene por objeto precisamente resguardar los derechos de los indígenas, de manera que mediante dicho cuerpo legal se está dando cumplimiento a los objetivos que persigue el Convenio."

Esta declaración involucra lo relativo al régimen de salud de las personas, en tanto el reconocimiento de derechos especiales no puede afectar los derechos de los demás habitantes en

este campo y que se refiere a los individuos de esos pueblos y no a los pueblos como sujeto de derecho.

Contenido del Convenio: El Convenio se aplica a los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas los distinguen de otros sectores de la colectividad nacional en virtud de su ascendencia. Los gobiernos de los Estados que lo ratifican deben asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.

Indica que los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar acciones para proteger los derechos de los pueblos indígenas; que deberán consultar a los pueblos interesados las medidas que puedan afectarles y establecer los medios de participación; reconoce la relación especial indígenas – tierras/territorios que ocupan o utilizan; estipula que no deben ser trasladados y que cuando excepcionalmente sea necesario, deberá efectuarse con su consentimiento.

Aprobó además una resolución que establece medidas a tomar en los niveles nacional e internacional, para apoyar su cumplimiento.

El articulado considera:

- ❖ Política general
- ❖ Tierras
- ❖ Contratación y condiciones de empleo
- ❖ Formación profesional, artesanía e industrias rurales
- ❖ Seguridad social y salud (Art. 24-25)
 - Plantea una extensión progresiva y sin discriminación de los regímenes de seguridad social a los pueblos interesados (Art.24)
 - Velar por servicios de salud adecuados o proporcionar a esos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios.
 - Organizar servicios de salud a nivel comunitario, en lo posible, que deben planearse y administrarse en cooperación.

- Los servicios deben tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
 - Preferencia a la formación y empleo de personal de salud local.
 - Coordinación con las demás medidas sociales, económicas y culturales.
- ❖ Educación y medios de comunicación
 - ❖ Contactos y cooperación a través de las fronteras

f) Resolución V OPS/OMS "Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas"

Originada a partir de las recomendaciones de la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas, celebrada en Winnipeg, Canadá con fecha 13-17 de abril de 1993.

Apunta hacia la incorporación de los problemas de salud de los pueblos indígenas en las políticas y programas de la OPS/OMS.

Orientada a "...recuperar y utilizar las... lecciones del saber autóctono, que pueden y deben complementar el saber de la ciencia y tecnología moderna".

Formula la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA), sobre la base de los principios acordados en Winnipeg:

- La necesidad de un abordaje integral de la salud
- El derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas
- El derecho a la participación sistemática
- El respeto y la revitalización de las culturas indígenas
- La reciprocidad en las relaciones

Sus lineamientos generales son:

- Promoción de la salud
- Transformación del sistema de salud: equidad, acceso, descentralización y participación social.
- Plan de inversiones en ambiente y salud
- Recursos humanos
- Evaluación y vigilancia de la salud y condiciones de vida
- Formulación de políticas, aspectos legales y éticos.

2. Antecedentes en el sector salud

Recogiendo los llamados de los organismos internacionales, en especial de la Resolución V de OPS/OMS de avanzar desde los Ministerios de Salud en la generación de estrategias nacionales en materia de salud de los pueblos indígenas, los procesos desarrollados a nivel de la IX Región, Servicio Salud Araucanía con el Programa con Población Mapuche iniciado en 1992; y, el mandato de la Ley Indígena de 1993 en que señala la responsabilidad del Estado y de sus instituciones en el reconocimiento, respeto y protección de las culturas indígenas; es que comienza a implementarse a partir de 1996 en el Ministerio de Salud una línea de trabajo en esta materia, que deviene en un Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas dedicado a la generación de orientaciones técnicas y políticas en salud intercultural.

a) Programa de Salud y Pueblos Indígenas: Desde 1996, desde el Departamento de Atención Primaria, se inició una línea de trabajo sobre Salud y Pueblos Indígenas cuyo propósito es el trabajo coordinado en nivel nacional, regional y local entre instituciones de salud, organizaciones indígenas, otros sectores y centros académicos, que contribuya a la organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados. El programa se implementa a través de planes que diseñan los Servicios de Salud en conjunto con las comunidades en forma descentralizada. En la actualidad, el Programa opera en las Regiones Primera, Segunda, Tercera, Quinta, Octava, Novena, Décima, Duodécima y Metropolitana, con la participación de 18 Servicios de Salud en cuyas áreas geográficas tienen mayor concentración de población indígena en el país.

El Programa tiene como enfoque un modelo de atención de salud caracterizado por favorecer el conocimiento, el respeto y la complementariedad entre los sistemas de medicina oficial e indígena y donde la participación de los pueblos indígenas ha sido fundamental para el logro de las metas propuestas.

Objetivo General: mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas que habitan el territorio nacional impulsando el desarrollo de estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones; considerando sus características culturales, lingüísticas y económicosociales y su participación en la definición y solución de los problemas.

Objetivos Específicos:

a) Mejorar la accesibilidad, la calidad de la atención de salud, la resolutivez de los problemas de salud y medio ambiente de la población indígena y fortalecer acciones de promoción de la salud; incorporando en los planes, programas y proyectos institucionales acciones orientadas a la

pertinencia cultural de los servicios de salud y a disminuir las brechas de equidad observadas en la situación de salud.

b) Avanzar en el desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre la activa participación de los pueblos originarios en su construcción, implementación y evaluación.

El Programa de Salud y Pueblos Indígenas ha realizado intervenciones en seis áreas prioritarias, desarrollando las siguientes estrategias:

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS:

AREAS DE INTERVENCION	ESTRATEGIAS
Mejoría de la accesibilidad y calidad de atención	<ul style="list-style-type: none">• Incorporación de facilitadores interculturales y habilitación de oficinas en establecimientos de salud de comunas que lo requieran• Generación de sistemas de información adecuados culturalmente (señalética)• Producción de material educativo apropiado socioculturalmente• Realización de operativos en comunas de bajo acceso• Aumento de rondas a comunas de baja accesibilidad
Mejoría en capacidad resolutive de problemas de salud	<ul style="list-style-type: none">• Programa de oportunidad de la atención a beneficiarios indígenas• Aumento de dotación de recursos humanos y equipamiento• Cobertura de beneficiarios indígenas a atención de especialidades (oftalmólogo, otorrino y odontólogo)
Desarrollo de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilización y capacitación a equipos de salud sobre enfoque intercultural y estrategias de trabajo con población indígena• Incorporación al equipo de trabajo de profesionales de las ciencias sociales (antropólogos y/o sociólogos)• Apoyar pasantías
Participación social e Intersectorialidad	<ul style="list-style-type: none">• Diálogos comunales con comunidades indígenas para la identificación de necesidades y demandas en salud• Planificación, evaluación e intercambio de experiencias• Apoyo a proyectos locales de promoción de la salud, ejecutados por organizaciones indígenas, equipos de salud e intersectoriales
Comunicación social	<ul style="list-style-type: none">• Encuentros de autoridades regionales y locales con comunidades indígenas• Publicaciones técnicas sobre Salud y Pueblos Indígenas• Inserción en medios de comunicación masiva sobre el programa• Información de derechos del usuario
Investigación	<ul style="list-style-type: none">• Investigación sobre situación de salud de los pueblos indígenas considerando variables epidemiológicas, demográficas y socioculturales• Estudios que aporten al desarrollo de la interculturalidad en salud

Los principales logros de carácter general del Programa desde 1996 pueden resumirse en lo siguiente:

- *Apoyo a la elaboración del primer diagnóstico de salud de los pueblos indígenas en Chile* : constata la existencia de una brecha sustantiva en la situación de salud de la población indígena. Lo relevante es que todos los indicadores construidos, en sus distintas alternativas, muestran una tendencia nítida de brecha de desigualdad en las condiciones salud de los pueblos indígenas de Chile.

- *Suscripción de un Convenio de Cooperación con la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI)*: organismo público encargado de promover, coordinar y ejecutar, en su caso, la acción del Estado en favor del desarrollo integral de las personas y comunidades indígenas, especialmente en lo económico, social y cultural y de impulsar y de impulsar su participación en la vida nacional.

- *Construcción de un marco de referencia sobre la problemática de salud y pueblos indígenas*: en un proceso participativo, tanto a nivel nacional como regional, que incorpora a los diversos actores involucrados: representantes de organizaciones indígenas, profesionales y funcionarios de salud, personas del mundo académico de la salud, la antropología y las ciencias sociales, agentes de medicina tradicional, Servicios de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, entre otros. A través de diversos encuentros, jornadas y talleres, se ha impulsado un proceso de sensibilización y construcción de referentes conceptuales y de estrategias operativas para el trabajo en salud de los pueblos originarios. Con estas actividades, se ha aportado a la construcción de una masa crítica en el sector salud, de directivos y trabajadores dispuestos a aportar experiencia y trabajo en esta materia.

- *Implementación de Programas de Salud y Pueblos Indígenas en 18 Servicios de Salud del país*: La puesta en marcha, de manera progresiva, de programas provinciales y regionales de salud y pueblos indígenas, ha significado el desarrollo de estrategias y actividades locales orientadas a la mejoría de la accesibilidad cultural y geográfica, de la calidad de la atención, de la capacidad resolutoria; sensibilización y capacitación de equipos de salud, y elaboración de estudios sobre la situación de salud de la población indígena. Desde los Servicios de Salud, organizaciones indígenas y equipos locales de salud, se han desarrollado experiencias de trabajo intercultural inéditas en la perspectiva sanitaria habitual, surgidas en el proceso:

Facilitadores interculturales

Farmacia intercultural

Hospital intercultural

Experiencias interculturales urbanas entre población indígena migrante

Adecuación de normas técnicas y procedimientos, de acuerdo a las características culturales de los pueblos originarios.

- *Desarrollo de una línea de trabajo en Epidemiología e Interculturalidad en salud:* en conjunto con la representación OPS/OMS y la colaboración de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, se ha conformado un grupo de trabajo que aborda los desafíos que, desde la interculturalidad, se plantean a la epidemiología, buscándose el desarrollo de metodologías de trabajo que permitan el desarrollo de investigaciones en la situación de salud de los pueblos indígenas, considerando sus propias concepciones del proceso de salud enfermedad; y desarrolladas participativamente..
- *Desarrollo de investigación en materia de salud y pueblos indígenas:* Los Servicios de Salud han desarrollado diferentes iniciativas de investigación que permitan respaldar la formulación de planes y programas que involucren a los pueblos originarios, así como un mayor conocimiento de la situación de salud.

2. Componente De Salud Intercultural – Programa De Desarrollo Integral De Comunidades Indígenas BID-MIDEPLAN-MINSAL

b) Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas: El Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas Convenio BID/MIDEPLAN, corresponde a un programa de Gobierno iniciado en el año 2001, para sectores rurales de territorios de alta concentración de población indígena, en especial que coincidan con las áreas de desarrollo indígena (ADI). Los pueblos beneficiados serán: aymara, atacameño y mapuche. Se trabajará en las regiones I, II, VIII, IX y X. Los componentes acordados son Educación, Salud, Desarrollo Productivo y Fortalecimiento Institucional. El Programa tiene como fin, mejorar las condiciones de vida, a través de un desarrollo integral con identidad y gestión participativa de los pueblos Aymara, Atacameño y Mapuche en el área rural, y fortalecer las instituciones públicas de apoyo a las comunidades y aquellas que les brindan atención para que ésta sea con pertinencia cultural.

El propósito del Programa en su Componente de Salud, es contribuir a que las comunidades indígenas rurales de los pueblos aymara, atacameño y mapuche mejoren su situación de salud mediante la implementación de modelos de salud intercultural co-gestionados con los servicios de salud y la puesta en valor de los conocimientos y las prácticas en salud de los pueblos originarios.

En salud el objetivo propuesto es impulsar y potenciar las acciones que se están desarrollando en temas de salud intercultural. Los subcomponentes propuestos son: 1) Desarrollo de modelos de

atención y gestión interculturales 2) Mejoría de calidad, sensibilidad y pertinencia cultural de los servicios de salud en territorio indígena 3) Fortalecimiento de la medicina indígena 4) Mejoría del acceso y capacidad resolutive de la red de servicios interculturales. Estas acciones serán complementarias a las que en el ámbito de la salud intercultural viene desarrollando este Ministerio, en el marco del Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

c) Programas Especiales para Pueblos Indígenas desde el Fondo Nacional de Salud: En el marco de las políticas de modernización del Fondo Nacional de Salud, se están llevando a cabo una serie de iniciativas orientadas a mejorar el Seguro Público de Salud, y relevar los derechos de los usuarios.

Los programas de Oportunidad de la Atención, Atención Preferente al Adulto Mayor, Firma de compromiso con los beneficiarios, y FONASAmóvil, manifiestan la voluntad de FONASA de mejorar su oferta de servicios a la población.

En lo que respecta a los pueblos originarios, FONASA ha focalizado alguno de estos programas en comunas de alta concentración de población indígena, y ha abierto una línea de mejoría de información a los usuarios indígenas, con el objetivo de dar a conocer el Plan de Salud, que reciban información, se sientan beneficiarios nuestros y reconozcan a FONASA como su asegurador de Salud. La meta nacional en una primera etapa, fue informar a 10.000 personas de pueblos originarios, asignándose metas a las Direcciones Regionales.

Se realizaron actividades para la entrega de información, en plazas de pago del Instituto de Normalización Previsional (INP), y en las sucursales FONASA. Por otra parte, se han realizado diversas visitas a comunidades como Ralco, Cauñicú, Malla Malla, Trapa Trapa en el sur, cuyos resultados fueron la positiva acogida de los beneficiarios, y de acuerdo a lo indicado por los funcionarios que realizaron el trabajo en terreno, se destaca la valoración dada a la información entregada, y el desconocimiento casi total que existe sobre el FONASA en la población indígena.

Para mejorar el acceso, considerando la cobertura de la red de distribución de FONASA, el FONASAmóvil visita todas aquellas localidades donde no hay presencia de sucursales. En la realización de esta tarea, ha sido fundamental la incorporación del FONASAmóvil, ya que la mayor parte de la comunidad objetivo se encuentra dispersa al interior de las ciudades de Arica e Iquique, en localidades como Camiña, Camarones, Chaca, Alcerreca, Codpa, Visviri, Putre, Socoroma, Belen, Chapiquiña y Poconchile entre otros.

Por otra parte, se ha fortalecido el trabajo con los pueblos originarios, en las Direcciones Regionales. En la Dirección Norte se ha realizado un trabajo de acercamiento con los aymara, a través de la CONADI y su Sub-Director Nacional Norte y de los consejeros de las diversas agrupaciones relacionadas, para posteriormente desarrollar un intenso calendario de visitas en terreno apoyada con la entrega de material gráfico.

La Dirección Regional Centro Sur también ha desarrollado un trabajo de entrega de información en las zonas de Arauco y Bío Bío, donde se pudo constatar que existe un desconocimiento total de lo que es y hace FONASA, no obstante existe una valoración importante a la información que se da.

El trabajo que se ha realizado es muy similar en las distintas regiones, se ha entregado información en las comunas donde existe mayor concentración de población indígena, además se trabajó con la CONAPAN que concentra trabajadores indígenas. En la Región Metropolitana, las comunas visitadas son Cerro Navia, Pudahuel, Quinta Normal, La Florida, La Pintana. También es importante destacar que se han incorporado dirigentes indígenas urbanos al Comité de Usuarios del Nivel Central del Fondo Nacional de Salud.

Finalmente, está en desarrollo un proyecto financiado por la Agencia de Cooperación Técnica del Gobierno Alemán (GTZ), cuya finalidad es fortalecer el proceso de descentralización de FONASA, para potenciar su rol intermediador con sus beneficiarios. En una primera etapa pretende realizar un estudio de oferta y demanda en la IX Región específicamente. Esta región posee un alto índice de ruralidad, con los más altos niveles de pobreza extrema del país y el 30% de la población regional es de origen mapuche.

De acuerdo a estudio realizado por Mideplan, se constató que el acceso de los grupos indígenas rurales a la atención de salud de la IX Región es deficitario y que las políticas de salud implementadas por las autoridades difieren cualitativa y cuantitativamente de la demanda local indígena. El objetivo general de este proyecto es dimensionar la brecha existente entre la oferta y la demanda de atenciones de salud de la novena región y del pueblo mapuche.

Referencias Bibliográficas

1. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible. Unidad de Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario. **“Etnoingeniería. Marco Conceptual.”** Carlos Preafán. Washington D.C., Mayo del 2001.
2. Ley 19.253 **“Protección, Fomento y Desarrollo Indígena”**. Chile, 1993.
3. Ministerio de Planificación y Cooperación – Ministerio de Salud. **“Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas”**. Santiago de Chile, 21 y 22 de Octubre de 1999.
4. Ministerio de Planificación y Cooperación. **“Informe Final Grupo de Trabajo para los Pueblos Indígenas.”** Palacio de la Moneda, Mayo del 2000.
5. Ministerio de Salud – División de Salud de las Personas **“Marco de referencia para la acción regional en Promoción de Salud”**. Documento de Trabajo, mayo, 1997.
6. Ministerio de Salud - Programa de Salud y Pueblos Indígenas– Servicio de Salud Araucanía Sur **“Taller Nacional Salud y Pueblos indígenas. Salud, Cultura y Territorio: bases para una epidemiología intercultural”**, Likanray – Brotes de Luna Nueva, Región de la Araucanía, Chile, 1998.
7. Ministerio de Salud. **“De Consultorio a Centro de Salud”**, Santiago, Marzo de 1993.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. **“Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas D.N.S.P.I”** Septiembre 2000.
9. Ministerio de Salud, **“Objetivos sanitarios y modelo de salud para la década 2000-2010”**, Enero 2002.
10. Ministerio de Salud. **“Hacia un Nuevo Modelo de Gestión en Salud”** Contenidos del Proyecto de Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión en Salud y de Medidas Administrativas Inmediatas. Junio 2002.
11. Ministerio de Salud. **Modelo de Atención con Enfoque Familiar en el Nivel Primario**. División Atención Primaria, Depto. Modelo de Atención, Enero, 2002.
12. Ministerio de Salud. **“Atención de Salud con enfoque Familiar”**. División Atención Primaria, Depto. Modelo de Atención, Enero, 2002.
13. Ministerio de Salud, **“Plan Nacional de Promoción de la Salud” 1998 – 2000**.
14. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. **“Años de Vida Potenciales Perdidos según comunas . Chile, quinquenio 1994-1998”**. En: http://epi.minsal.cl/estudios/avpp_por_comuna_199498.htm
15. Ministerio de Salud, División de Salud Ambiental: **“Estimaciones de Población Indígena en riesgo de Salud por Condiciones de Saneamiento Ambiental”**. Documento de trabajo, 2001.
16. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. González C., Aguilera X., Guerrero A. , Child V., Georg V. “Indicadores comunales para el estudio de la desigualdad en salud”, en: **“Situación de Salud Chile 2000”**. Compilación de documentos, Enero 2001. En: <http://epi.minsal.cl>
17. Ministerio de Salud. División de Atención Primaria. Unidad de Promoción de la Salud. **“Promoción de la Salud para Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud”**. Santiago, 1999.
18. Ministerio Secretaría General de Gobierno. División de Organizaciones Sociales. **“Bases generales del Plan Nacional para superar la discriminación en Chile”**.
19. Organización Internacional del Trabajo. OIT “Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales”. En: <http://www.oit.org/public/spanish/index.htm>
20. Organización Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud. **“Encuentro Internacional Salud y Pueblos indígenas. Logros y desafíos en la Región de las Américas”**. Puerto Varas, Región de Los Lagos, Chile, 13, 14 y 15 de Noviembre de 2000.
21. Organización Panamericana de la Salud – Programa de Políticas Públicas y Salud – División de Salud y Desarrollo Humano. **“Equidad en Salud desde la perspectiva de la etnicidad”**. Washington D.C., Junio 2001.

22. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS **“Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales”**. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C. Mayo, 1997.
23. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS **“Iniciativa de los Pueblos Indígenas: Informe de Progreso”**. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C. Mayo, 1998.
24. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS **“Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas”**. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C. Mayo, 1998.
25. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS **Resolución V “Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas”**. HSS/SILOS-34 Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas locales de salud, 1993. En <http://www.paho.org>
26. Oyarce, Ana María. “Sistematización sobre los avances del proyecto Enfoque de Salud con Población Mapuche”. Documento de Trabajo. Servicio Salud Araucanía, 1996.
27. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) **Informe Desarrollo Humano en Chile - Año 2000**. En: <http://www.desarrollohumano.cl/indice.htm>
28. Servicio de Salud Araucanía Sur – Programa de Salud con Población Mapuche – Asociación de Municipalidades Región de la Araucanía – Ministerio de Salud – Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. **“Tercer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Sistematización de experiencias de trabajo intercultural en salud”**. Villarrica, 10, 11 y 12 de noviembre de 1999.
29. Servicio de Salud Araucanía Sur – Unidad de Salud con Población Mapuche. Equipo Mapuche de cogestión en salud. **“Propuesta para una Política de salud en territorios mapuche”**. 21 y 22 de septiembre 2001.
30. Servicio de Salud Araucanía, Ministerio de Salud. **“Memoria Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud”**. Saavedra, Región de la Araucanía Noviembre de 1996.
31. Toledo Llancaqueo, V. **“Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile**. Documento de Trabajo. OPS/MINSAL Chile, 1997.
32. Valdés, Marco : **“Instrumentos De Cuantificación de Población Indígena: El Censo de Población y Vivienda 1992 y Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional Casen 1996.”** En: <http://www.soc.uu.se/mapuche/mapuint/valdes9901.htm>
33. Valenzuela Fernández, R. **“Situación de los Pueblos Indígenas en Chile. Análisis de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen 1996)”**. Mideplan, Apuntes de Trabajo Documento N°1, Enero 1998. En: <http://www.soc.uu.se/mapuche/mapuint/valen990500.htm>
34. Verdugo, Juan Carlos et al. **“Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente: bases y lineamientos”**. Instancia Nacional de Salud, Guatemala, 2002.