

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE

Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de nivel superior según
Acuerdo Secretarial 15018, publicado en el DIARIO OFICIAL DE LA
FEDERACION EL 29 DE NOVIEMBRE DE 1976

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS SOCIOPOLÍTICOS Y JURÍDICOS

MAESTRIA EN POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA



ANÁLISIS COMPARADO DE POLÍTICAS DE SALUD EN CONTEXTOS MULTICULTURALES: LOS CASOS DE BOLIVIA Y CHILE

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MAESTRA EN POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA

Presenta

Marcela Pizarro Inostroza

Asesor

Ignacio Medina Núñez

Tlaquepaque, Jalisco Agosto 2006

DEDICATORIA

A MIS PADRES, HERMANOS Y AMIGOS INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS QUE
ME MOTIVARON A REALIZAR ESTE ESTUDIO

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A TODOS MI AMIGOS QUE CON SU APOYO INCONDICIONAL,
ME DIERON FUERZAS PARA SEGUIR ADELANTE EN LOS MOMENTOS DE
CRISIS.

A USTEDES SORES Y MONJES QUE SIEMPRE ESTUVIERON CERCA PARA
DARME SU CARIÑO INCONDICIONAL

A MI FAMILIA COLOMBIANA EN MÉXICO QUE FUERON UN GRAN PILAR EN
ESTE TIEMPO

A NACHO MI ASESOR POR TENER TANTA PACIENCIA Y DISPOSICIÓN EN
APOYARME CON ESTE ESTUDIO

A TODOS MIS PROFESORES QUE APORTARON CON UN GRANO DE ARENA
A MI FORMACIÓN, Y CRÉANME, QUE ME VOY CON MUCHAS COSAS
VALIOSAS.

TAMBIEN A TODOS LOS QUE NO HE MENCIONADO PERO QUE SABEN QUE
ESTÁN AHÍ PRESENTES EN MIS PENSAMIENTOS.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN AMÉRICA LATINA	16
1.1 Contexto general de los pueblos indígenas en América Latina.....	16
1.2 Bolivia.....	22
1.2.1 Los Indígenas en Bolivia.....	23
1.3 Chile.....	27
1.3.1 Los Indígenas en Chile.....	29
CAPÍTULO II: MULTICULTURALISMO, ESTADO DEL BIENESTAR Y LAS REFORMAS DEL ESTADO	33
2.1 Multiculturalismo.....	33
2.1.1 Interculturalidad.....	50
2.2 El Estado de bienestar y Las reformas del Estado.....	53
CAPÍTULO III: LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	66

3.1 ¿Qué son las políticas públicas?.....	66
3.2 Diseño de políticas públicas.....	70
3.3 Análisis de política pública.....	74
3.4 Análisis comparado de política pública.....	78
3.5 Política de salud y pueblos indígenas.....	81
3.6 Marco político y legal para la creación de políticas de salud dirigida a pueblos indígenas.....	85
3.6.1 Instrumentos Internacionales vigentes.....	86
CAPÍTULO IV: CONCEPCION SALUD / ENFERMEDAD EN LA COSMOVISIÓN INDIGENA.....	99
4.1 Concepción Salud / Enfermedad en el mundo indígena.....	99
4.2 Cosmovisión de la salud en el mundo indígena.....	111
4.3 Propuestas para la complementariedad entre sistemas médicos.....	119
CAPÍTULO V: ANÁLISIS COMPARATIVO.....	126
5.1 Cuadro Comparativo.....	128
5.2 Análisis Comparado entre Políticas de Salud Indígenas de Bolivia y Chile.....	139
CONCLUSIONES.....	156
BIBLIOGRAFÍA.....	161
ANEXOS.....	172
Borrador Política de Salud en Medicina Tradicional y Salud Intercultural de Bolivia.....	173

Resumen Borrador Política de Salud y Pueblos Indígenas de Chile.....183

INTRODUCCIÓN

En los primeros siglos de la colonización, la medicina tradicional y los conocimientos médicos de origen medieval que trajeron los españoles tuvieron cierto carácter complementario, lo cual se fue perdiendo a medida que paso el tiempo, y que en la actualidad se esta tratando de recuperar con la incorporación de la interculturalidad a las políticas de salud.

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.

En la región de las Américas actualmente 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.

Es por esto que en el año 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.

En este mismo año (1993), en el I Taller Continental sobre los Pueblos Indígenas y la Salud realizado en Winnipeg, Canadá, se establecieron los principios que instruyen a la OPS y a sus Estados Miembros a trabajar con los pueblos indígenas. Estos principios son: la necesidad de un enfoque holístico a la salud; el

derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; el derecho a la participación sistemática; el respeto y revitalización de las culturas indígenas, y la reciprocidad en las relaciones.

La implementación de la iniciativa de salud de los pueblos indígenas alienta a los países a poner al descubierto y vigilar las inequidades determinantes por la pertenencia a un grupo étnico, así como a implantar programas e iniciar procesos conducentes a mejorar la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas.

Ahora 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 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 importante a lograr.

Es por esto que 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 se muestran orgullosamente, es urgente asumir entonces 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 nunca sabrá curar, pues no tiene los códigos para entender su etiología y por tanto para su rehabilitación, y menos aún para su prevención.

Es por esto 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 el sector *Salud* no puede con todo y que es el *Estado* en su conjunto –en coordinación con la sociedad civil organizada- el llamado a producir el 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. Es por este motivo que la presente investigación se centra en el diseño de políticas de salud en países con un contexto multicultural interesante, y distinto en donde existe una población indígena importante ya sea por su número o por sus procesos de reivindicación, estamos hablando específicamente de Bolivia y Chile. Lo cual ha sido todo un desafío, pues pretendemos, por un lado, dar un reconocimiento a la diversidad de sistemas médicos que existen, su efectividad y por otro la posibilidad real de que sean incorporadas dentro de los sistemas médicos oficiales en países donde existe población indígena.

Es por esto que el tema de la medicina -específicamente el de la medicina indígena (tradicional)- está siendo estudiado en esta investigación con el fin de establecer cuáles los modelos y diseños que establecen los gobiernos para incorporar la medicina tradicional a sus modelos médicos oficiales dentro de sus políticas, planes y programas.

Es en este contexto en que estudiaremos a dos países que cuentan con una población indígena importante en sus territorios como lo son Bolivia (50%) y Chile (4.6%) pero que han incorporado el tema indígena a sus políticas de salud, que han trabajado el tema desde hace más de una década y que cuentan con demandas claras para sus gobiernos en este sector, por otro lado la elección de estos dos países obedece también a vivencias personales obtenidas en mi trabajo

con el tema de salud indígena en Chile que es mi país de origen y con el caso de Bolivia por ser uno de los primeros países en firmar acuerdos internacionales en relación a la salud indígena por lo que tienen muchos trabajos interesantes que se pueden estudiar, igualmente por que me gustaría que este estudio lograra ser un aporte a lo que ya se ha trabajado en el tema.

Es así como decidí realizar un análisis comparado de políticas de salud en contextos multiculturales, en donde los documentos que sirvieron al análisis fueron para el caso de Bolivia el borrador de la política de Medicina Tradicional y Salud Intercultural que piensa convertirse en política estatal en seis meses aproximadamente, el cual fue obtenido gracias al apoyo del señor Jaime Zalles, el actual viceministro de este ramo, en la actual administración de Evo Morales como presidente de Bolivia y, para el caso de Chile, el documento utilizado fue el borrador de trabajo sobre La política de salud y pueblos indígenas elaborada por la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud de Chile, el cual pretende convertirse en política estatal dentro del presente año 2006, y que se obtuvo en su lanzamiento oficial por parte del gobierno.

El hilo conductor de mi investigación por tanto se centra en la siguiente pregunta:

¿Cómo están diseñadas las políticas de salud en los contextos multiculturales de Bolivia y Chile?

La hipótesis que planteo hace referencia a que “las políticas de salud y pueblos indígenas existentes no responden a las necesidades y demandas de salud de los pueblos indígenas y son de carácter vertical; esto ocurre porque los gobiernos están acostumbrados a trabajar de forma paternalista y por ende tienden a

suponer lo que las minorías requieren, lo que es una realidad en los países de América Latina y entre ellos Bolivia y Chile”.

Mi objetivo general fue el siguiente:

- Realizar un análisis comparado de las políticas de salud en pueblos indígenas en Bolivia y Chile.

Los Objetivos Específicos fueron expresados de la siguiente manera.

- Conocer cómo están diseñadas las políticas de salud y pueblos indígenas en Bolivia y Chile.
- Conocer la concepción de Salud, Multiculturalidad e indígena que se encuentra como base de las políticas de salud en Bolivia y Chile.
- Conocer si las políticas de salud de salud son coherentes o sea que mantengan una relación lógica entre las partes que la constituyen (objetivos, presupuestos, y modelo de operación).
- Conocer y Analizar el diseño de las políticas y cómo se piensa la implementación de esta política.

La metodología que se utilizó en este estudio fue de corte *Cualitativo*, pues es un campo amplio que atraviesa disciplinas, problemas de investigación, métodos y perspectivas epistemológicas, que busca la comprensión del mundo social desde el punto de vista del actor, de sus propias palabras y la conducta observable; tiende a ser fluida y flexible (Martínez Carolina, 1996: 35).

Pero como plantea Rodríguez y Flores en su texto “No existe una investigación Cualitativa, sino múltiples enfoques cuyas diferencias fundamentales vienen marcadas por las opciones que se tomen en cada uno de los niveles (ontológico, epistemológico, metodológico y técnico), la adopción de una u otra alternativa, de todos los posibles que se presentan en cada nivel determinan el tipo de estudio cualitativo que se realice”.

El Método de Investigación es de tipo Documental, el cual se centra según Carlos Muñoz exclusivamente en la recopilación de datos existentes en forma documental, sea libros, textos o cualquier otro tipo de documentos; su único propósito es obtener antecedentes para profundizar en las teorías y aportaciones, ya emitidas sobre el tópico o tema que es objeto de estudio, y complementarlas, refutarlas o derivar, en su caso conocimientos nuevos.

Las fuentes de información para este estudio fueron obtenidas por medio de Documentos Oficiales de los gobiernos de Bolivia y Chile.

La técnica utilizada fue la recopilación documental, la cual como lo plantea Carlos Muñoz se apoya en la recopilación de antecedentes a través de documentos gráficos formales e informales, cualquiera que estos sean, donde el investigador fundamenta y complementa su investigación con lo aportado por distintos autores.

Se utilizó además la triangulación para darle mayor validez al estudio; esta triangulación se hizo a través de:

1. Teorías
2. Países
3. Políticas

El análisis que se ha realizado es un análisis comparado, el cual tiene las siguientes características: es aplicado, utiliza técnica de resolución de problemas, trata diferentes cuestiones, y se preocupa de las intenciones expresadas por el gobierno y las acciones tomadas o evitadas para alcanzar los objetivos propuestos.

Es un procedimiento muy específico y útil de las ciencias sociales para constituir su objeto de estudio, puesto que está “en la base del pensamiento cotidiano o de todo trabajo intelectual ya que de hecho siempre se hacen comparaciones implícitas o explícitas”. (Basail, 2005: 9)

“De hecho toda comparación tiene funciones heurísticas (conocimiento, explicación). Los análisis comparativos se han utilizado como una forma de explicación científica de los factores que se encuentran tras el desarrollo de la política social, es decir, la utilización de la comparación como una forma o estrategia de explicación de los principios determinantes de las políticas públicas de los distintos países. Ello se ha hecho con los objetivos de alcanzar mayor conocimiento de una estructura, preservar un sentido de particularidad histórica y transparentar sus divergencias y correlaciones con causas potenciales” (Basail, 2005: 12)

Además sirve para profundizar nuestros conocimientos sobre la realidad que estamos estudiando y para estimar la intervención adecuada tanto desde los objetivos como de los instrumentos y los efectos alcanzados y así proponer medidas alternativas de acción a un determinado problema social.

En cuanto a las metodologías de la comparación de políticas sociales se deben subrayar las escalas de análisis o niveles de la comparación, en cuestión: *internacional*, entre distintos países o nivel macro; *nacional*, entre distintas

regiones de un mismo estado o nivel meso; *local*, comunidades o localidades y nivel micro. En cada uno de ellos se pueden evaluar las competencias delegadas e instituciones que intervienen (estatales, sociedad civil), así como otros aspectos. (Basail, 2005: 13)

En general, se distinguen dos grandes niveles de comparación: *las comparaciones globales o macrosociales*, realizadas con datos generales que implica el establecimiento de tipologías de políticas sociales y el análisis de los principios básicos de regulación de la intervención, de niveles de gasto y de factores económicos, políticos y culturales que explican la aparición, desarrollo y transformación de la Política Social practicada en un país concreto. Y *las comparaciones concretas (que como lo haremos en este estudio)*, concentradas en las políticas sociales específicas. En donde lo interesante es analizar cómo se resuelven en diferentes países determinados problemas sociales, entendiendo éstos en un sentido amplio. Existen diferentes metodologías para realizar análisis comparativos de la política social (y por extensión a todas las políticas públicas) en función de los objetivos que se persiguen. (Basail, 2005: 13).

Asimismo, se distinguen dos tipos de análisis. El primero, realiza un análisis del ciclo, como el que generalmente hacen los politólogos cuando se interesan en los actores, las estructuras y las instituciones y en cómo se definen los problemas sociales, cómo pasan a formar parte de la agenda política, cómo se formulan propuestas de intervención, cómo se implementan las políticas diseñadas y en la evaluación de las mismas. Y el segundo, consiste en un análisis de los contenidos concretos de las políticas tanto desde la óptica del estado, en tanto una secuencia de opciones y actuaciones desde los poderes públicos, como desde los efectos sociales deseados o no, de su impacto en la realidad social: ¿en qué medida se satisface las necesidades de las personas? (Basail, 2005:14)

Por último es importante dar a conocer que este estudio se divide en 5 capítulos cada uno de los cuales da cuenta de la conformación de esta investigación, el capítulo primero trata de una contextualización de los pueblos indígenas en América Latina en donde especificamos los casos de Bolivia y Chile con el objeto de que el lector se forme una idea clara de la situación que viven en este momento los pueblos indígenas. En el capítulo segundo hago una discusión teórica sobre el Multiculturalismo, el Estado de bienestar y las reformas del Estado, en donde dentro del multiculturalismo hago una discusión entre autonomía, Estado Nación, teorías del reconocimiento y un punto especial para la interculturalidad que es en el que se basan muchas de las políticas de los gobiernos destinadas a este sector de la población. En el capítulo tercero, se presenta una discusión sobre las políticas públicas específicamente en la etapa de diseño y análisis de estas mismas y nos da una visualización de como los marcos legales nos ayudan a sustentar políticas de salud para el trabajo con población indígena. Por otra parte, el capítulo cuarto hace referencia a la concepción salud/enfermedad en la cosmovisión indígena, en donde damos a conocer lo que los pueblos entienden por estos términos, y se hace toda una reflexión sobre la complementariedad de sistemas médicos. Y por último en el capítulo quinto se realiza el análisis en si de los datos en donde utilizamos un cuadro comparativo que nos ayuda a hacer este ejercicio de mejor forma, y como cierre de este estudio se realizan las conclusiones en donde se hace referencia a algunas sugerencias para futuros trabajos en el tema en la generación de políticas públicas para pueblos indígenas.

CAPITULO I

LOS PUEBLOS INDIGENAS EN AMERICA LATINA

1.1 CONTEXTO GENERAL DE LOS PUEBLOS INDIGENAS EN AMERICA LATINA

De acuerdo con las estimaciones y datos existentes, América Latina alberga a 42 millones de indígenas, pertenecientes a más de 400 diferentes pueblos, que constituyen el 10% de la población total de América Latina y el Caribe (Pizarro, 2006: 291)

En el Cuadro 1 se presenta el número total de indígenas de acuerdo a los datos oficiales de cada país. Según algunas estimaciones, en las islas del Caribe hay entre 30.000 y 50.000 descendientes directos de indígenas. Los pueblos indígenas constituyen entre el 30% y más del 50% de la población total en Bolivia, Guatemala, Perú. En Bolivia, dicha proporción representa el 50% del total de la población. Aunque en México vive la cuarta parte de los pueblos indígenas de América, esa proporción representa un 7.3% de la población total de ese país. En cinco países (Perú, México, Guatemala, Bolivia y Ecuador) vive casi el 90% de los indígenas de la región latinoamericana, y la mayor proporción de dicho porcentaje se encuentra en México y Perú. El 10% restante podría considerarse una población dispersa, localizada en distintos hábitat, especialmente en la riberas del complejo fluvial Orinoco – Amazonas – Panamá, y en los Estados Unidos de América y Canadá.

Cuadro N° 1

Población indígena en algunos países de América Latina

País	Censos y Estimaciones	Año	Población	%
Bolivia	Censo	2001	4.133.138 (a)	50
Chile	Censo	2002	692.192 (b)	4.6
Ecuador	Censo	2001	830.418	6.8
Guatemala	Censo	2002	4.411.964	40
México	Censo	2000	8.831.314 (c)	7.3
Nicaragua	Censo	1995	67.010	1.5
Perú	Estimado.	2000	10.280.000	40

(a) Población de 6 años y más. (b) Población de 14 años y más. (c) Población de 5 años y más.

Fuente: Pizarro Inostroza Marcela. Etnodesarrollo: nuevas formas de desarrollo en espacios de relación multiétnica; en Capital Social y Estrategias de Desarrollo Local en América Latina; Ignacio Medina Núñez (coordinador); México Julio 2006; Editores SEP – CEDEFT.

En América Latina el 27 % de la población Rural es indígena y se estima que más del 90% de los indígenas son agricultores sedentarios de subsistencia, descendientes de las grandes civilizaciones precolombinas incas, mayas, aztecas y otras sociedades más pequeñas de la meseta árida interandina y la región montañosa de Mesoamérica.

Estos pueblos indígenas, que suelen agruparse con agricultores no indígenas bajo la denominación de *campesinos*, cultivan pequeñas parcelas (*minifundios*) y complementan sus escasos recursos con los ingresos que ganan como trabajadores asalariados de temporada, en actividades mineras, de cría de ganado y de producción de artesanías. (Deruyttere citado en Pizarro, 2006: 292)

Cuadro Nº 2

La pobreza indígena en América Latina

(Porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza)

Países	Indígenas	No indígenas
Bolivia	64.3	48.1
Guatemala	86.6	53.9
México	80.6	17.9
Perú	79.0	49.7

Fuente: G. Psacharopoulos y H.A. Patrinos, "Los pueblos indígenas y la pobreza en América Latina: un análisis empírico", Estudios sociodemográficos en pueblos indígenas, Serie E, No. 40 (LC/DEM/G.146), Santiago de Chile, División de Población, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), 1994. Citado en Pizarro, 2006: 292

La relación entre las variables pobreza y etnicidad son de proporción directa. Por ejemplo, en Bolivia, el ser indígena aumenta 16% la posibilidad de ser pobre.

Los efectos de la pobreza se agravan por las altas tasas de analfabetismo, migración y desocupación.

La migración es cada vez mayor entre la población indígena de la región, particularmente la migración estacional con sus agravantes de deserción escolar y dificultad para que los migrantes por su movilidad reciban atención de salud preventiva y curativa. (Pizarro, 2006:293)

La pobreza, la marginación, la aculturación, el analfabetismo, el desempleo, la carencia de tierra y territorio son problemas que se potencian entre sí y al estar presentes en la mayoría de la población indígena, determinan las condiciones de vida y el estado de salud que afecta a estos pueblos.

La colonización de tierras, la construcción de carreteras, represas de agua y plantas hidroeléctricas, así como proyectos de desarrollo, sumados a los desastres naturales, no sólo han fragmentado a las poblaciones indígenas y han destruido sus sitios sagrados, sino que también han aumentado considerablemente la proliferación de vectores o huéspedes intermediarios, con el consiguiente incremento de enfermedades como el chagas, el dengue y la malaria.

Desde varios sectores y principalmente desde el sector indígena se escuchaban demandas de atención a diversos aspectos de su problemática, entre ellos, educación, salud, tierra, territorio, en un marco del respeto a sus derechos como ciudadanos y como pueblos.

Es a raíz de estas demandas, que organizaciones internacionales y algunos gobiernos de América Latina han aprobado políticas destinadas al mejoramiento de las condiciones de los indígenas y han modificado importantes resoluciones constitucionales en beneficio de estos pueblos, a pesar de ello los derechos garantizados en estos documentos pocas veces se cumplen. Sin embargo no podemos negar que la aprobación de tales leyes constituye un importante primer paso, aunque por sí solo no garantice el cumplimiento de los derechos, pues se necesita de una conciencia ciudadana de respeto a la diversidad y por ende a la no discriminación.

Por ultimo es importante destacar que en los últimos 15 años ha crecido La influencia política de los pueblos indígenas de América Latina, la cual la podemos medir de acuerdo a la cantidad de partidos políticos indígenas, representantes electos de origen indígena, disposiciones constitucionales a favor de los pueblos indígenas. La democratización, la globalización y las presiones internacionales son razones que pueden explicar este notorio cambio, aunque es muy probable que otros factores también contribuyan a tal transformación. Durante los últimos 20 años, los electores de Bolivia, Guatemala y otros países han aumentado de manera significativa la proporción indígena de los cuerpos legislativos. Por su parte, los pueblos indígenas y los partidos políticos indígenas también han ganado elecciones municipales, y de presidencia de la republica como es el caso de Evo Morales en Bolivia. Sin embargo, la proporción de indígenas en los cuerpos legislativos nacionales, en todos los países, sigue siendo muy inferior respecto de los no indígenas, lo que implica que los indígenas siguen estando sub representados en los cuerpos nacionales encargados de formular políticas. Así y todo, su representación ha aumentado de manera muy acelerada y a permitido avanzar en la discusión y la generación de políticas con pertinencia cultural.

En el caso de la educación bilingüe se ha expandido pero no es universal entre los niños indígenas. Además, sigue siendo de mala calidad y cuenta con maestros mal calificados. En 1980, menos de la mitad de los países de América Latina contaba con programas bilingües para estudiantes indígenas; en 2004, sólo unos pocos aún carecían de tales iniciativas. Si bien la mayoría de los países ha puesto en marcha estos programas, muchos tienen una cobertura limitada y algunos son de calidad deficiente.

En cuanto a las iniciativas para la salud indígena están dispersas pero van en aumento. Los programas de salud adaptados a las poblaciones indígenas siguen siendo poco comunes y la mayoría ha sido puesta en marcha entre los últimos 10

y 20 años. Pocos de estos programas se han sometido a una evaluación; sin embargo, los estudios podrían demostrar lo eficaces que han sido tales iniciativas en términos de mejorar los resultados de salud de esta población.

En este mismo sentido podremos decir que la implementación de iniciativas de salud destinada a los pueblos indígenas alienta a los países a poner al descubierto y vigilar las inequidades determinantes por la pertenencia a un grupo étnico, así como a implantar programas e iniciar procesos conducentes a mejorar la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas.

Es en este contexto que estudiaremos a dos países que cuentan con una diferencia importante en porcentaje de población indígena en sus territorios como lo son Bolivia con un 50% y Chile que tiene un 4.6%, pero que han incorporado el tema indígena a sus políticas de salud, que han trabajado el tema desde hace más de una década y que cuentan con demandas claras para sus gobiernos en este sector, por otro lado la elección de estos dos países obedece también a vivencias personales obtenidas en mi trabajo con el tema de salud indígena en Chile que es mi país de origen y con el caso de Bolivia por ser uno de los primeros países en firmar acuerdos internacionales en relación a la salud indígena por lo que tienen muchos trabajos interesantes que se pueden estudiar, igualmente por que me gustaría que este estudio lograra ser un aporte a lo que ya se ha trabajado en el tema.

Es así como decidí realizar un análisis comparado de políticas de salud en contextos multiculturales, en donde los documentos que sirvieron al análisis fueron para el caso de Bolivia el borrador de la política de Medicina Tradicional y Salud Intercultural que piensa convertirse en política estatal en seis meses aproximadamente, el cual fue obtenido gracias al apoyo del señor Jaime Zalles, el actual viceministro de este ramo, en la actual administración de Evo Morales como presidente de Bolivia y, para el caso de Chile, el documento utilizado fue el borrador de trabajo sobre La política de salud y pueblos indígenas elaborada por

la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud de Chile, el cual pretende convertirse en política estatal dentro del presente año 2006, y que se fue obtenido en su lanzamiento oficial por parte del gobierno.

A continuación hacemos una breve contextualización de los países con los cuales trabajaremos (Bolivia y Chile) para que el lector tenga mayor entendimiento de ambos.

1.2 BOLIVIA

Según el censo del año 2001, Bolivia tiene una población total de 8.274.325 habitantes.

Se encuentra ubicada en la zona central de América del Sur, entre los meridianos $57^{\circ} 26'$ y $69^{\circ} 38'$ de longitud occidental del meridiano de Greenwich y los paralelos $9^{\circ} 38'$ y $22^{\circ} 53'$ de latitud sur, por lo tanto abarca más de 13° geográficos. La extensión territorial es de 1,098,581 kilómetros cuadrados.

Limita al Norte y al Este con el Brasil, al sur con la Argentina, al Oeste con el Perú, al Sudeste con el Paraguay y al Sudoeste con Chile.



La Sede de Gobierno es la ciudad de La Paz, fundada en 1548 por Alonso de Mendoza, y se encuentra estructurado política y administrativamente en 9 departamentos, 112 provincias y 327 municipios. Los idiomas que se utilizan son el Castellano o español (el más hablado), Quechua, Aymará y Tupi Guaraní. La edad mínima para votar son los 18 años, la unidad monetaria es el Boliviano y El Estado reconoce y sostiene la religión Católica, pero garantiza el ejercicio público de todo otro culto.

Su Poder Ejecutivo, Está constituido por un presidente y vicepresidente de la República elegidos por sufragio directo por un período de cinco años (El actual presidente es el líder indígena Cocalero Evo Morales). Consta de 16 ministerios. El poder Judicial, Conformado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (12 magistrados), el Tribunal Constitucional, el Consejo de la Judicatura, las Cortes Superiores de Distrito y los Tribunales Ordinarios de Justicia y El poder Legislativo, Ejerce funciones en el Honorable Congreso Nacional, compuesto por la Cámara de Senadores y Cámara de Diputados conformadas por 27 senadores y 130 diputados, respectivamente.

1.2.1 INDIGENAS EN BOLIVIA

Según el Censo del año 2001, la población total de Bolivia llegó a 8.274.325 habitantes, de los cuales 4.133.138 personas o sea el 50 % pertenecen a uno de los 33 grupos étnicos del país. Los cuales están distribuidos de la siguiente manera. En la zona Urbana 1.857.342 y en la zona rural 2.275.796

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN INDÍGENA		
	Total	Área Urbana	Área Rural
TOTAL	4.133.138	1.857.342	2.275.796
Chuquisaca	345.010	114.889	230.121
La Paz	1.402.184	709.445	692.739
Cochabamba	999.963	446.960	553.003
Oruro	238.829	106.269	132.560
Potosí	572.592	134.518	438.074
Tarija	69.936	42.633	27.303
Santa Cruz	447.955	276.559	171.396
Beni	50.630	23.174	27.456
Pando	6.039	2.895	3.144

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística Bolivia), Censo de Población y Vivienda, 2001

En Bolivia, el 50 por ciento de la población vive en la pobreza, proporción que asciende a dos tercios en el caso de la población indígena bilingüe y a tres cuartas partes en el caso de la población monolingüe. Alrededor de 3 millones de personas de habla quechua y 1 millón de habla aymará viven en las serranías bolivianas, mientras que más de 300.000 personas pertenecientes a unas 33 etnias viven en las tierras bajas. Sólo el 40 por ciento de la población boliviana es monolingüe castellana.

Uno de los factores económicos y productivos que ha afectado la situación de los pueblos indígenas en Bolivia ha sido la reforma agraria del 1953 que dividió las viejas haciendas entre las familias que trabajaban la tierra y les otorgó títulos de propiedad.

Al interior de la economía nacional existe un fuerte desequilibrio en base al cual aumenta la pobreza. Esta pobreza no es simplemente económica sino también se manifiesta en términos de capacidades, falta de oportunidades de acceso al conocimiento y a la información que afectan mayormente a los grupos marginales.

La tasa de participación laboral es de 81% para la población indígena y de 64% para la no indígena. Los indígenas son 3% menos propensos a estar desempleados (4% comparado con 7%). Casi un tercio de los indígenas empleados no reciben remuneración por su trabajo, comparado con un 13% de los no indígenas. La mayoría del trabajo sin pago es realizado por las mujeres. En 2002, cerca del 84% de la población indígena y 67% de la población no indígena trabajaba en el sector informal.

La población indígena tiene 3,7 años menos de escolaridad (5,9 años) que la no indígena (9,6 años). El analfabetismo está particularmente concentrado entre la población indígena femenina y afecta a una de cada cuatro mujeres mayores de 35 años. En 2002, 18% de la población no indígena mayor de 14 años asistía a la escuela, comparado con 8% de la población indígena. La educación secundaria y terciaria también es baja entre los indígenas.

Cerca del 30% de las mujeres indígenas dan a luz en hospitales, comparado con 55% de las mujeres no indígenas, lo cual puede tener origen en las diferentes tradiciones culturales pero implica menos acceso a cuidados en caso de complicaciones. Las tasas de cobertura de salud son bajas en general, pero los indígenas en particular tienen menos acceso a la cobertura de salud pública que los no indígenas (10% comparado con 14%) así como menos acceso a la cobertura de salud privada (2% comparado con 5%).

Durante las últimas legislaturas se han venido implementando un conjunto de leyes y reformas estructurales que afectan directamente la situación de las

poblaciones indígenas. En particular, la Ley de Participación Popular ha generado oportunidades para que sectores de la sociedad civil puedan participar activamente en la definición e implementación de políticas de desarrollo.

Sin embargo, existe el peligro de que los grupos dominantes mantengan sus espacios de poder y las comunidades indígenas y campesinas queden igualmente marginadas y desestructuradas. Esta situación puede ser tristemente constatada en varias regiones del país, especialmente en las zonas de presencia indígena, evidenciando el hecho de que este avance jurídico debe ir acompañado por un avance social, es decir, la capacitación de los mismos indígenas para que puedan explotar todas las potencialidades de esta ley.

Las oportunidades de participación y de cambio autodirigido quedarán desaprovechadas hasta que no se potencien las capacidades locales de planificación, negociación y comunicación para generar propuestas de planificación comunitaria. Actualmente los pueblos indígenas del país están viviendo una etapa de formación y capacitación de personas que puedan representarlos en diversos ámbitos públicos. Sin embargo, mientras esto ocurre se agrava aún más la situación de pobreza debido a la marginación cultural, discriminación lingüística y exclusión económica.

La realidad actual es que la población indígena sobrevive al margen del desarrollo en una sociedad que no promueve políticas adecuadas para los grupos étnicos. En los últimos 15 años han desaparecido al menos cuatro grupos indígenas que vivían en las tierras bajas (los simonianos, los toromonas, los bororos y los joras). Además, otros grupos, como los chimanes, los mojos y los movimas están enfrentando actualmente las amenazas de la colonización por parte de emigrantes de zonas andinas.

Paradójicamente en un momento en el que el país revaloriza «lo indígena» considerándolo tema de interés permanente y de análisis nacional, existen menos oportunidades para un control real de los procesos de desarrollo por parte de los pueblos indígenas y sus organizaciones. Al mismo tiempo, las reformas estructurales que intentan racionalizar la agricultura y la economía en función de la competencia internacional, dejan cada vez más desamparadas a las poblaciones indígenas que siguen en búsqueda de alternativas para lograr su subsistencia.

La difícil situación que viven los pueblos indígenas de Bolivia ha generado un gran movimiento de lucha. Una lucha que no se limita a la reivindicación de los derechos humanos, sino busca el respeto de las costumbres, organizaciones, autoridades nativas y la dignidad como seres humanos. Una lucha para el derecho a una vida digna y a participar en el desarrollo nacional de manera integral y sostenible.

1.3 CHILE

Según el censo del año 2002, Chile tiene una población total de 15.116.435 habitantes.

Se encuentra ubicada en el continente americano se extiende desde los 17° 30' de latitud Sur, en su límite Septentrional, hasta las Islas Diego Ramírez, a los 56° 30' de latitud Sur en la parte meridional sudamericana. La superficie de Chile americano, antártico e insular, es de 2.006.626 Km², sin considerar su mar territorial.

Chile es un País tricontinental, teniendo territorios en parte occidental y meridional del Cono Sur de América (Chile Continental), en la Antártica (Territorio Antártico Chileno) y en Oceanía (Chile Insular, destacándose Rapa Nui o Isla de Pascua en la Polinesia). Chile limita al Norte con el Perú a través de la Línea de la Concordia,

al Este con Argentina y Bolivia, al Sur con el Polo Sur, al Oeste con el Océano Pacífico, incluido el mar territorial en una extensión de 200 millas marinas.



Políticamente, Chile se divide en trece regiones, enumeradas del uno al doce, más la Región Metropolitana que cobija a la capital del País en Santiago. Cada región, se subdivide en provincias, y éstas a su vez, en comunas. El sistema de Gobierno y Administración Regional, Provincial y Comunal se estructura jerárquicamente: Intendente Regional, Gobernador Provincial, que representa a la autoridad regional, Alcalde, a cargo del Gobierno comunal. El idioma Oficial es el castellano. La edad mínima para votar son los 18 años. La unidad monetaria es el Peso Chileno y el Estado reconoce a la religión Católica como la religión oficial, aunque igual garantiza el ejercicio público de cualquier credo o religión.

El poder Ejecutivo, esta constituido por su autoridad Máxima El presidente de la Republica. Elegido por sufragio directo por un periodo de 4 años (La presidenta recién Electa en la Sra. Michelle Bachelet). Consta de 20 ministerios. El Poder Judicial, esta conformado por la Corte Suprema, las Cortes de Apelaciones, los Presidentes y Ministros de Corte y los Juzgados de letras. La Corte Suprema de Justicia está conformada por 21 ministros, los cuales tienen jurisdicción a nivel nacional y corresponden a los tribunales de última instancia. Dentro de cada región existe a lo menos una Corte de Apelaciones, así todas las regiones del país tienen organismos de apelación de segunda instancia y El poder Legislativo se divide para elegir a sus representantes al Parlamento, en 19 Circunscripciones Senatoriales y 60 Distritos de Diputados. A cada Circunscripción Senatorial le corresponde elegir 2 senadores, y a cada Distrito 2 Diputados, en consecuencia el Senado o cámara alta, esta compuesta por 38 senadores electos y la cámara baja o de Diputados por 120 miembros. Hay que señalar sin embargo, que la constitución consagra la existencia de 9 senadores no electos por votación popular, llamados institucionales o designados.

1.3.1 INDIGENAS EN CHILE

Según el Censo del año 2002, la población total de Chile llegó a 15.116.435 habitantes, de los cuales 692,192 personas o sea el 4.6 % pertenece a uno de los 8 pueblos indígenas del país.

Estos pueblos son:

Distribución de la población indígena según pertenencia étnica

Grupo étnico	Nº	%
Alacalufe	2,622	0.4
Atacameño	21,015	3.0
Aymara	48,501	7.0
Colla	3,198	0.5
Mapuche	604,349	87.3
Quechua	6,175	0.9
Rapanui	4,647	0.7
Yamana	1,685	0.2
Total	692,192	100.0

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística), Censo de Población y Vivienda, 2002

Como podemos observar, el pueblo Mapuche es el grupo más numeroso y representa al 87,3 % del total de indígenas en el país.

La población indígena se concentra mayoritariamente en la Novena Región, seguido de la Región Metropolitana, Décima, Octava y Primera.

La población indígena presenta mayor proporción de personas que habita en las zonas rurales en relación a la población no indígena. La población indígena se distribuye según zona geográfica, en 35,2% rural y 64,8% urbana.

La principal diferencia entre la migración indígena y no indígena, radica en que mientras la Capital se erige como el polo de atracción más significativo para la población indígena, para los no indígenas, constituye la región de expulsión más importante.

La proporción de personas que profesan la religión evangélica es mayor en la población indígena que en la no indígena, e inversamente, la proporción de

personas que profesan la religión católica es mayor en la población no indígena que en la indígena

La población indígena de 10 años y más, presenta un alfabetismo de 91.8% porcentaje inferior al que presenta la población no indígena que alcanza el 96%. El analfabetismo, por tanto, es mayor entre los indígenas. Además, este indicador presenta diferencias significativas entre hombres y mujeres; la mujer es más analfabeta que el hombre, especialmente si se trata de mujeres rurales.

La principal razón que explica la deserción escolar indígena son los recursos. El abandono de clases llega a un 25,4% entre los niños de 6 a 17 años, y 50,1% entre jóvenes de 18 a 25. Los indígenas dejan de estudiar por razones de carencias y dificultades económicas, pero esta deserción escolar los lleva a desempeñar oficios con muy baja o inexistente calificación y que son los peor remunerados

El 50,4% de la población indígena de 15 años y más se encontraba dentro de la población económicamente activa (PEA). La tasa de participación de los Alacalufe es la más elevada de entre sus pares y del país (61.8%), en tanto que los mapuche son los que presentan las más bajas tasas de participación (49.8%). Por otro lado, en el sector rural la participación de las mujeres indígenas es más baja que en el sector urbano, (14.5% y 41.9%, respectivamente), situación que es similar en la población no indígena.

Dos tercios de la población indígena vive en ciudades y un 27% de ellos vive en situación de pobreza. Casi un 20% es pobre no indigente. En el campo, un 60,3% de ellos consigue ingresos mensuales inferiores a los \$120 mil pesos, y un 20,9% gana hasta \$ 230 mil pesos. Más del 10% es indigente y casi un 20 % es pobre. Los hogares de indígenas indigentes rurales no alcanzan a reunir \$17 mil pesos

cada mes para comer, y los pobres no indigentes generan ingresos por menos de \$30 mil.

A pesar de ello se logra constatar que entre 1996 y 2003 los niveles de pobreza entre la población indígena experimentaron un descenso, tal como aconteció para el conjunto de la población del país. Este descenso se refleja en que un 35.6% del total de población indígena se encontraba bajo la línea de pobreza en el año 1996, pasando a 28,7% en el 2003. Es decir, una disminución de 6.9 puntos porcentuales.

Cuadro 8
Situación de pobreza según condición étnica.
Comparación 2000 y 2003 (en porcentaje)

Situación	2000			2003		
	PNI%	PI%	Total	PNI%	PI%	Total
Indigente	5,4	11,0	5,7	4,5	8,3	4,7
Pobre no indigente	14,7	21,3	14,9	13,6	20,4	14,0
No pobres	79,9	67,7	79,4	81,9	71,3	81,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN años respectivos.

CAPITULO II

MULTICULTURALISMO, ESTADO DEL BIENESTAR Y LAS REFORMAS DEL ESTADO

Existe una gran discusión teórica sobre lo que ha sido el multiculturalismo y el Estado del bienestar, y por ello, me parece importante abordar algunas de estas corrientes de pensamiento con el objeto de clarificar la importancia de elaborar políticas públicas sobre grupos determinados de la población con características culturales específicas.

2.1 MULTICULTURALISMO

Antes de comenzar a tratar el tema del multiculturalismo es importante conocer que entendemos por cultura. Clifford Geertz. Define **cultura** como “la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones”. (American Anthropologist, Vol. 59, 1957. en Herrero, 2002: 2)

Esta definición contiene las siguientes características universales:

- Compuesta por categorías: Las taxonomías están en sus cabezas. Las categorías y taxonomías (formas de clasificación de la realidad) ayudan a la gente a no confundirse dentro del grupo.
- Cultura es siempre un Código Simbólico: Los de esa cultura comparten esos mismos símbolos (entre ellos la lengua) lo que les permite comunicarse eficazmente entre ellos.

- La cultura es un sistema arbitral: no hay reglas que obliguen a elegir un modelo; cada cultura ostenta su propio modelo de comportamiento cultural.
- Es aprendida: No es genética, no es interiorizada por instinto; una persona es el profesor (enseñador) de otra (en muchos de los casos la madre, el padre, el tío, etc.).
- Es compartida: es necesario que todos los miembros tengan los mismos patrones de cultura para poder vivir juntos, por eso se comparte la cultura a través de la infancia, cuando se está introduciendo a los niños en la sociedad, es decir, se les está socializando (un proceso de socialización).
- Es todo un sistema integrado: donde cada una de las partes de esa cultura está interrelacionada con, y afectando a las otras partes de la cultura.
- Tiene una gran capacidad de adaptabilidad: está siempre cambiando y dispuesta a cometer nuevos cambios.
- La cultura existe (está) en diferentes niveles de conocimiento: nivel implícito, nivel explícito.
- No es lo mismo la “idea propia de Cultura” que la “cultura real vivida”: una cosa es lo que la gente dice qué es su cultura, y otra muy distinta es lo que ellos están pensando, en base a su modelo ideal de lo que deberían hacer, sobre lo que están haciendo.
- La primera y principal función de la cultura es adaptarse al grupo. Conseguir la continuidad a través de los individuos nuevos, juntarse al grupo.

Entonces ***multiculturalismo*** habla de las múltiples culturas que existen en una sociedad. “Significa la existencia de muchas comunidades culturales en una comunidad mayor. A las que también se les llama naciones, pueblos o etnias”. (Beuchot, 2002: 109).

Parte, del reconocimiento del hecho social de la diversidad para, pasar posteriormente a considerarse como un concepto prescriptivo o normativo, un ideal articulado a través de una serie de medidas políticas (López, 2001: 298).

Es así que el ideal multicultural es entendido como un nuevo orden social que permite la plena participación de todos los individuos en las diferentes esferas publicas, independientemente de su origen étnico o cultural, a la vez que proporciona el mantenimiento de su especificidad. La alternativa multicultural, por tanto, sugiere que es posible reconocer que las minorías tienen derecho a utilizar su propia lengua, a practicar su religión, a mantener sus costumbres, en definitiva, a mantener su cultura distintiva sin que se ponga en peligro la unidad política y social nacional.

El multiculturalismo entonces no solo debe defender el derecho de las diversas culturas a la diferencia, sino también su derecho a participar en la construcción de las sociedades nacionales y de la sociedad global.

La cuestión central del multiculturalismo es la convivencia en las sociedades pluralistas desde el punto de vista étnico, cultural y religioso, de modo que todos los grupos sean tratados de igual manera, con los mismos derechos y dentro de un reconocimiento mutuo y recíproco.

Multiculturalismo, por tanto, hace referencias, tanto en la teoría como en la práctica, a la reivindicación de un modelo de sociedad que se organice de manera

coherente con el hecho de existencia en la sociedad de grupos humanos culturalmente diversos.

Es un modo de crear una conciencia colectiva que pueda traducirse en la nueva patria de lo humano, en su lugar de pertenencia e identidad.

Un modelo multicultural debe incluir por lo tanto concepciones sobre la diversidad cultural y lo que implican las interacciones transculturales, sobre el tipo de relación entre los individuos y los grupos, y sobre como están imbricados los derechos individuales con los derechos de los grupos. Esas concepciones deben apoyarse en teorías acerca del conocimiento y acerca de la moral.

Es importante tener en cuenta que para conseguir este respeto por la diferencia, y obtener relaciones transculturales optimas necesitamos ser mas tolerantes. Es decir, adoptar una actitud de imparcialidad, en donde podamos tener una coexistencia pacifica entre individuos, grupos sociales o comunidades que cuentan con distintas expectativas, intereses e identidades. En donde cada grupo social debería de aceptar las diferencias culturales de otros grupos sociales para no absolutizar la forma de vida propia como la única o la hegemónica.

El multiculturalismo se puede entender, en consecuencia, tanto en el sentido de un término factual que se refiere a una realidad social, en donde coexisten culturas diversas; pero también como un termino normativo que se refiere a una política explicita que, como postula Olivé, podría aceptar y llevar adelante un Estado nacional, así como diversos integrantes de una nación, o que incluso podrían asumir organismos internacionales, respecto a las diversas culturas que integran un país o una región. Tal política debería estar justificada con base en una concepción de las culturas, de la diversidad cultural, y de las formas de interacción transcultural. Pero como estas concepciones pueden ser muy variadas, las

interpretaciones del multiculturalismo (sobre todo en su sentido normativo) pueden ser también muy diversas (Salcedo, 2001:51).

El concepto de multiculturalismo que despierta mayor polémica es el que llamamos normativo (a diferencia del factual). Se trata de un concepto que se refiere a modelos de sociedad que sirven como guías para las decisiones y acciones de los representantes de los Estados, de los miembros de las diversas culturas, de los partidos políticos, de los ciudadanos en general, de organizaciones no gubernamentales y de organismos internacionales en materia de políticas culturales. Esos modelos incluyen concepciones acerca de las culturas, sus funciones, sus derechos y obligaciones; las relaciones entre las culturas y los individuos, y las relaciones entre las diversas culturas.

El multiculturalismo, mas que un concepto normativo, es un hecho social; esto es, la presencia en una misma sociedad de grupos con diferentes códigos culturales (identidades culturales propias) como consecuencia de diferencias étnicas, lingüísticas, religiosas o nacionales, que es lo que también se designa como sociedades multiétnicas.

El desafío de la multiculturalidad consiste entonces en articular las demandas de las culturas las cuales son: los derechos del individuo y el reconocimiento de la identidad colectiva. Sin desconocer la existencia de doce reformas ideales que aparecen bajo la rubrica del multiculturalismo las cuales son (Kymlicka, 2001:199-200)

- Discriminación positiva
- Reserva de un numero de escaños en la cámara legislativa
- Revisión de historia y literatura
- Revisión de calendarios laborales
- Revisión de códigos de vestimenta

- Adopción de programas para educación antirracista
- Adopción de códigos contra el acoso
- Ordenar la educación en la diversidad cultural
- Adoptar pautas gubernamentales de regulación de estereotipos
- Proporcionar financiación gubernamental
- Proporcionar ciertos servicios en la lengua materna
- Proporcionar programas de educación bilingüe.

Podemos encontrar tres tipos de Multiculturalismo (Salcedo, 2001: 152) estos son:

- Multiculturalismo liberal, individualista: postula una concepción universalista de la racionalidad, cuya consecuencia es la justificación del intervencionismo desde una cultura a otra, en aras de la defensa de “verdaderos valores”, consecuencia no deseable. Este multiculturalismo individualista defiende el respeto para una diversidad de culturas, pero se opone a evaluarlas “en sus propios términos”, porque impone la protección liberal de la libertad individual sobre las culturas (no liberales)
- Multiculturalismo Comunitarista: se pronuncia a favor de los derechos de las comunidades y señala que las colectividades tienen derechos para preservarse, reproducirse y prosperar material y culturalmente. Sostiene la existencia y la legitimidad de los derechos colectivos, de una manera parecería no admitir que estos se subordinen a los derechos individuales.
- Multiculturalismo Pluralista: reconoce algunas virtudes de ambas clases de multiculturalismo, sobre todo en la aceptación de derechos colectivos, en particular del derecho de las comunidades a la sobrevivencia, a su reproducción y a su prosperidad, aunque las razones que cada uno aduce sean muy diferentes.

Según el modelo pluralista, entonces, una política multicultural aceptable desde las diversas perspectivas de los agentes individuales y colectivos en un mundo plural como el contemporáneo, y en particular en países de América Latina, debería satisfacer al menos las siguientes condiciones (Olive, 2004: 218).

- Se debe garantizar el reconocimiento de los pueblos como identidades con ciertos derechos de grupo, cuyos miembros tienen ciertos derechos colectivos
- No se puede dar por supuesto ni principios éticos de validez absoluta, ni conceptos con significado absoluto. Unos y otros deben establecerse como resultado de interacciones transculturales.
- Debe evitarse el relativismo del tipo de “todo esta permitido”
- Se debe garantizar los derechos fundamentales de los individuos (derechos humanos), los cuales son inviolables.
- El Estado tiene la responsabilidad de promover el desarrollo de todos los pueblos y propiciar su cooperación, evitando los conflictos
- El Estado tiene el deber de reconocer el derecho de los pueblos a participar efectivamente en la toma de desiciones sobre la explotación de los recursos naturales de sus territorios y la canalización de los beneficios de su usufructo, así como de propiciar y vigilar que esto se realice mediante un pacto con el resto de la nación.
- El Estado tiene la obligación de propiciar las condiciones para un optimo aprovechamiento d la ciencia y la tecnología para el desarrollo de los pueblos, pero estos tienen el derecho de elegir libre y efectivamente cual tipo de

conocimiento y de tecnologías aprovechar para su crecimiento cultural material.

- Los miembros de todos los pueblos y en especial sus líderes, tienen el deber de promover los cambios que sean necesarios para convivir armoniosamente con los demás pueblos, dentro de un Estado de derecho, y para respetar los derechos humanos fundamentales.

Entonces el desarrollo de un proyecto multicultural, debiera estar conformado idealmente por los miembros de culturas diferentes que se comuniquen entre si, se comprendan, establezcan, de común acuerdo, principios de reconvivencia y metas compartidas, y trabajen conjuntamente para lograrlas, será satisfactorio solo si las partes involucradas ponen de su parte. Por tanto las diversas culturas existentes deberán tener la voluntad de preservarse y florecer, y de participar en la construcción de una sociedad más amplia, sin perder su identidad.

Es por esto que en nuestros países de América Latina, un proyecto multicultural tendrá futuro solo en la medida en que se comprometan tanto el Estado como los diversos pueblos indígenas, sus líderes (tradicionales y no tradicionales), los partidos políticos y amplios sectores de la sociedad (Olive, 1999:20).

Así como también si los miembros de las diversas culturas, comenzando por sus líderes, acepten la diferencia, sean respetuosos de las otras culturas y estén dispuestos a cooperar en el desarrollo de una sociedad multiétnica y a admitir la posibilidad de hacer los cambios necesarios en su propia cultura para la convivencia armoniosa con las otras.

La política multicultural por tanto ha de asentarse firmemente sobre la base universalista de los derechos humanos y los procedimientos democráticos, que son el fruto de largos y penosos años de lucha revolucionaria contra el poder

despótico y la intolerancia de todo signo; constituyen, pues, no solo la herencia irrenunciable de la revolución democrática y el legado fundamental de occidente a la humanidad, sino también un patrimonio básico sobre el que construir la identidad común de la ciudadanía compleja, y todo rasgo cultural, religioso o social que choque con el mismo ha de quedar subordinado de antemano.

La reflexión multiculturalista desemboca finalmente en una serie de reivindicaciones, que constituye auténticos retos para la política del Estado moderno, pues este se estableció sobre las bases de ver plasmadas en el ámbito político las diferencias culturales en cuanto tales, suponen un desafío al Estado, tal como se ha venido entendiendo.

Por ultimo y como ya hemos manifestado la multiculturalidad ha introducido una **política del reconocimiento**, que actualmente retorna como lo que hemos llamado una política de la diferencia y como igualdad de culturas, que intenta abolir las discriminaciones que sufren las minorías étnicas, los inmigrantes, las culturas minoritarias o los pueblos indígenas. (Taylor, 2001: 12-24). Esto es provocado por que las sociedades modernas tienen que enfrentar a más grupos minoritarios en crecimiento que exigen el reconocimiento de su identidad y la acomodación de sus diferencias culturales, algo que a menudo se denomina el reto del multiculturalismo.

El multiculturalismo permite presentar así las actuales políticas de reconocimiento de minorías étnicas, pueblos aborígenes, naciones suprimidas, grupos lingüísticos, inmigrantes y mujeres, como el tercer gran movimiento de la historia moderna de la libertad o contra el imperialismo, ya que estos grupos experimentan el yugo de los diversos estados multinacionales o multiétnicos análogamente impositivos sobre sus culturas, como lo fueron el imperialismo de los estados absolutos o los imperios europeos (Mardones, 2001: 39).

Taylor señala correctamente que aparte del problema de los derechos colectivos, fundamental para cuestiones de políticas sociales, también está el problema de la exigencia del reconocimiento. La cuestión es reconocer “las diversas culturas; no solo que se las deje sobrevivir, sino que se reconozca su valor”.

Tal es el sentido primordial de toda política del reconocimiento, que complementa a la política universalista que, de otro modo, dejaría sin satisfacer uno de los factores primordiales que definen la dignidad humana: cada individuo, y cada pueblo, posee una personalidad cultural propia, idiosincrásica, que está en la base de su inalienable “particularidad”. Ahora bien, en la práctica el problema no está tanto en que exista un “reconocimiento” teórico de la identidad cultural, sino en que se articule una política concreta y efectiva de reconocimiento y promoción de la misma, siempre que sus objetivos sean congruentes con las exigencias de políticas universalistas (garantías de los derechos fundamentales). Es decir no solo debe erradicarse la tantas veces mencionada “ceguera de la diferencia”, que tiende a convertir en rasgos secundarios, cuando no ya simplemente folklóricos o pintorescos, los caracteres diferenciadores de las minorías étnicas y sociales (Rubio Carracedo, 2003: 182).

Por lo general, las legislaciones nacionales no reconocen los derechos colectivos de los grupos étnicos, sean indígenas o no indígenas. Las constituciones políticas adoptan el principio de la igualdad ante la ley para todos y la no discriminación, y se manifiestan por el respeto absoluto de los derechos humanos individuales. Mientras que algunas legislaciones son bastante avanzadas en cuanto a derechos sociales, económicos y culturales, la mayoría de las constituciones vigentes en la región no reconocen siquiera la existencia de las poblaciones en el territorio nacional.

Se precisa pues, una política de la diferencia que venga a dar cumplimiento a la política de reconocimiento de que cada dignidad es única y diferente de todas las

demás; es decir, se precisa todo un programa político de salvaguarda y promoción de las diferencias étnicas, sociales y culturales que no contradigan o pongan en entredicho los objetivos de la política universalista, en lugar de las políticas vigentes cuyo objetivo es, justamente, el de ignorar la relevancia de las diferencias para mejor asimilarlas en una pretendida y abstracta identidad común en el marco estatal, que automáticamente convierte a los miembros de tales minorías en ciudadanos de segunda clase, si no ya francamente marginados.

La política de reconocimiento no solo nos pide hacer esfuerzos para reconocer a los otros mas activa y precisamente: reconocer a las personas y las culturas que ocupan un mundo, además de nosotros; nos pide también que dirijamos una mirada mas minuciosa, menos selectiva a quien comparte las ciudades, las bibliotecas, las escuelas que llamamos nuestras.

El supuesto esta en la convicción de que el reconocimiento de los otros constituye un requisito imprescindible para el desarrollo integral del individuo. Además, en su argumentación ocupa un puesto relevante la idea de que los distintos sistemas culturales representan el substratum en donde los individuos satisfacen su necesidad de reconocimiento y despliegan su identidad propia, el reconocimiento intersubjetivo de la identidad -a través del dialogo con los demás - no solo resulta clave para la autocomprensión y el autorespeto de cada ser humano, sino que ese reconocimiento solo puede llegar a ser pleno si se da un acuerdo sustantivo sobre determinados valores y pautas culturales, esto es, si dicho proceso acontece dentro de un horizonte de significado compartido y públicamente disponible. La argumentación prosigue señalando que, dado el crucial papel que desempeña la cultura y considerando asimismo que “la negación de reconocimiento puede construir una forma de opresión” (Taylor, 2001: 84), el desprecio o la marginación de las culturas minoritarias debe entenderse en consecuencia como una conducta del todo intolerable. El convencimiento de que existe una relación estrecha entre dignidad individual y reconocimiento de la cultura particular del grupo conduce a

Taylor a sostener que la política de la diferencia, esto es, la concesión de recursos o derechos particulares a ciertos grupos sociales, puede justificarse en términos normativos (Velasco, 2001:131).

Las demandas de reconocimiento de las diferencias culturales y de los derechos específicos de las minorías representan un serio reto para aquellas concepciones liberales del derecho y del Estado que se sientan sobre el imperativo de neutralidad de la esfera pública con respecto a las adscripciones culturales de sus ciudadanos.

Además de las demandas de reconocimiento que ya hemos tratado existen otras igualmente importantes para los grupos indígenas estas son la conformación de un Estado -Nación indígena y de autonomía, los cuales pasaremos a explicar a continuación.

Para el clásico **Estado – Nación** de origen europeo, la diversidad cultural es un problema, y este problema requiere de políticas específicas, sean estas de tipo asimilacionistas, segregacionistas o integracionistas (Verlot citado en Dietz, 2002:210).

La ideología dominante del siglo XX no difiere de la filosofía nacional más que en matices. Se sigue pensando que el Estado nacional debe ser culturalmente homogéneo y las políticas de mejoramiento y desarrollo de las poblaciones indígenas respondan a una estrategia de integración y de asimilación (Stavenhagen, 1996:152).

En las naciones que albergan culturas diferentes, la homogeneización de la sociedad es un hecho evidente en donde existe la imposición de una cultura hegemónica sobre las demás. El proyecto de Estado - Nación moderno por tanto,

nacido de las revoluciones democráticas, es la asimilación de todas las comunidades y culturas a una forma de vida dominante.

La expansión espacial del Estado - Nación entra en conflicto con las entidades locales y regionales previamente establecidas, son por tanto el argumento nacionalista de la indivisible “soberanía” territorial de una nación emergente, que es apropiado y devuelto por parte de la etnicidad contrahegemónica. Paradójicamente, tanto los “pueblos originales” de las Américas como las “naciones sin estado” europeas desenmascaran, a la vez que confirman la centralidad del argumento territorial del nacionalismo. La aboriginalidad se transforma en “aboriginalización” (Dietz en Dietz, 2002: 216).

De forma paralela y simultánea, el Estado – Nación es crecientemente desafiado como ya lo hemos manifestado, por el surgir y/o resurgir de identidades y proyectos contrahegemónicos ubicados en un nivel subnacional. Incluso en el seno de los Estados – Naciones supuestamente más exitosos en su política de homogeneización étnica y cultural como es el caso de Francia, en donde, determinados movimientos sociales de orientación regionalista comienzan a formular agendas alternativas a las del tradicional centralismo nacional (Hettlage citado en Dietz, 2002:215)

Es así como en los discursos étnico sub.-nacionales, la metafórica “posesión” de un determinado territorio es fundamentada mediante continuas “invenciones de tradiciones” que justifican la antigüedad del actor étnico contrahegemónico frente al actor nacional dominante. La política de lo autóctono se proyecta hacia un mitificado pasado remoto, como atestiguan muchos protagonistas de dichos discursos (Estefermann citado en Dietz, 2002:216).

La respuesta actualmente predominante en diferentes partes del mundo a este tipo de desafíos sub.-nacionales consiste en “federalizar”, “autonomizar” y/o

“descentralizar” los conjuntos definidos hasta ahora como Estados – Naciones (Díaz Polanco citado en Dietz 2002:217). El modelo prototípico de ceder derechos históricos a determinados grupos sub.-nacionales ha sido desarrollado para aquellos casos en los cuales el movimiento étnico nacional contrahegemónico amenazaba con fragmentar el conjunto del Estado - Nación.

La mayor conquista obtenida en este tiempo ha sido la aparición de Estados multiétnicos, como comunidad de hombres libres; lo que se había diseñado para ser monoétnico, en torno a un grupo mayoritario y minorías étnicas, se alumbra como proceso diferenciador.

Aquí la fuente de diversidad cultural es la coexistencia, dentro de un determinado Estado, de más de una nación, donde “nación” puede significar una comunidad histórica, más o menos completa institucionalmente, que ocupa un territorio o una tierra natal determinada y que comparte una lengua y una cultura diferenciada.

Es aquí donde los derechos a la autodefinición y autoadscripción de las diferentes etnias están directamente vinculados al derecho a ser diferentes y a ser aceptados como tales. Ambos derechos tienen un fundamento en el carácter histórico de los pueblos indígenas y su posición actual dentro del Estado – Nación.

Ahora hay dos justificaciones que ya son familiares para la concesión de derechos de autodeterminación más sólidos a los pueblos indígenas que a las naciones sin Estado. La primera sostiene que los pueblos indígenas ejercían una soberanía histórica que les fue injustamente arrebatada y que, por consiguiente, la autodeterminación no es más que la simple restauración de su inherente soberanía. Una segunda línea afirma que los pueblos indígenas necesitan la autodeterminación para preservar un modo de vida premoderno.

Héctor Díaz Polanco ha señalado bien esta cuestión:

Si de proponer una definición comprensiva se trata, puede indicarse que el sistema de **autonomía** se refiere a un régimen especial que configura un gobierno propio (autogobierno) para ciertas comunidades integrantes (de un estado o de una nación), las cuales escogen así autoridades que son parte de la colectividad, ejercen competencias legalmente atribuidas y tienen facultades mínimas para legislar acerca de su vida interna y para la administración de sus asuntos. Díaz Polanco, 1991: 151).

Entonces entendemos autonomía, como la capacidad de las comunidades de dictarse sus propias reglas, que no equivale a soberanía. Para los pueblos indios, como lo ha subrayado Villoro (Olivé, 1999:215), la autonomía es el derecho a pactar con el estado las condiciones de supervivencia y la posibilidad de desarrollar su proyecto colectivo, dentro del marco de un Estado auténticamente multicultural.

La autonomía de las culturas tradicionales – las comunidades indígenas – implica, en la práctica, que puedan desarrollar un proyecto propio sin estar subordinadas en todo los aspectos a la autoridad del Estado.

El régimen de autonomía entonces, responde a la necesidad de buscar formas de interacción política del Estado nacional que estén basadas en la coordinación y no en la subordinación de sus colectividades parciales. Por consiguiente, en tanto colectividad política, una comunidad o una región autónoma se constituye como parte integrante del Estado nacional correspondiente.

La autonomía de las personas o de las colectividades, al igual que la autonomía política, no es un concepto de todo o nada; más bien, puede ser gradual. Solo en el caso mas extremo la autonomía política significa autodeterminación absoluta,

que en el contexto de naciones o de pueblos que integran un Estado, implica la independencia o secesión.

Ahora bien, la autonomía es un régimen especial, jurídico-político y administrativo, constituido en el marco de un Estado nacional preexistente. Entre las características fundamentales del “moderno régimen de Autonomía” que Díaz Polanco examina, encontramos:

- a. Atribuciones específicas a comunidades socioculturales para el ejercicio de los derechos en el ámbito soberano de un Estado – Nación, con la finalidad de establecer un sistema de autogestión local y regional.
- b. La naturaleza del régimen autonómico en su carácter legal en general y constitucional en particular. Las libertades o facultades autonómicas están constitucionalmente establecidas(...)ello hace posible que la autonomía se convierta en una entidad territorial (política y administrativa)de Estado mismo, y además en parte integrante – junto con el propio Estado central – de un sistema vertical de poderes. El estatuto que da vida al régimen de autonomía especifica los derechos de los grupos, el ámbito territorial de la comunidad autónoma, las competencias que le corresponden en relación con las propias del Estado central, los órganos políticos – administrativos con que funcionara como ente publico etc.
- c. El régimen de autonomía involucra una entidad política con territorio asignado y reconocido, pues el sistema autonómico no solo define derechos para ciertas personas, sino que constituye verdaderos entes políticos en el seno de un Estado: y no hay colectividad política sin ámbito territorial.
- d. Así mismo el régimen de autonomía es un mecanismo de descentralización, por lo cual incluye el reconocimiento o la asignación al ente autónomo de

ciertas facultades o competencias propias (excluidas o compartidas con el estado central), principalmente la legislativa y la administrativa(o reglamentaria). (Díaz Polanco en Sánchez, 1996:116-117)

Así pues, la autonomía no es solo autogobierno. Este es un elemento de autonomía (sin autogobierno no puede existir la autonomía), pero el termino autogobierno no hace referencia ni engloba el conjunto del sistema autonómico. Por tanto, no es suficiente el reconocer la necesidad de autogobierno de los pueblos indígenas; ni es correcto reducir, como lo hacen algunos autores y foros, la solución de la problemática étnica en Latinoamérica al autogobierno. Se requiere establecer el sistema institucional o el régimen jurídico – político en el que los grupos socioculturales puedan, efectivamente, ejercer sus derechos de todo tipo.

Sin Duda, el fantasma de la autonomía recorre indoamérica. Remontando en algunos casos los originales planteamientos nebulosos, la autonomía ha pasado a ser la principal bandera de lucha a escala continental desde fines de los ochenta. La lucha por el logro del Estado Multiétnico adopta la forma de la lucha por la autonomía (Díaz Polanco, 1996: 140)

En pocas palabras, el régimen de autonomía contendría las líneas maestras de los vínculos deseados entre etnias y Estado; esto es, el fundamento para cambiar la política, la economía y la cultura en una escala global, nacional.

Es por esto que el movimiento indígena de América Latina ha convertido la demanda autonómica en el núcleo duro de sus programas sociopolíticos. Esto es importante porque en el contexto de América Latina las posibilidades de construir el Estado multiétnico dependen de que se establezcan regimenes de autonomía en el marco nacional.

Como regla de los países América Latina son sociedades multiétnicas, pero en los Estados Nación esta organizado -o busca organizarse- política y socioculturalmente en términos de patrones monoétnicos. El reconocimiento de la multiétnicidad más allá de la mera retórica, sin romper la unidad nacional, implica dar expresión política a la diversidad; es decir, dar lugar a la constitución de entidades autónomas. El régimen de autonomía sería, pues, la pieza clave del futuro Estado multiétnico.

2. 1 .1 INTERCULTURALIDAD

Es importante resaltar aquí el tema de la interculturalidad puesto que es uno de los pilares para el diseño e implementación de políticas públicas destinadas a la temática indígena.

El primer problema que enfrentamos, al tratar el tema de la interculturalidad es el hecho de definir a qué nos referimos. Aunque de inmediato hacemos referencia a algún tipo de contacto, interacción o comunicación entre diferentes culturas, pero que no deja de tener algunos problemas, a nivel de la vida social cotidiana o para la teoría social.

Para la vida social, la interculturalidad se encuentra asociada a:

1. Problemas de comunicación deficiente (por desconocimiento de la cultura del otro) en proyectos y programas variados: salud, educación, producción, etc.
2. Problemas relacionados con discriminación a grupos étnicos o raciales diversos
3. Relaciones usualmente asimétricas entre grupos étnicos o culturales distintos.
(Valiente citado En Austin, T. 2000).

Según Mintzel “en la discusión actual (...) se denomina interculturalidad a todo tipo de relación que existe o es concebible entre dos o mas (miembros de diferentes) culturas” (Birsl y Sole, 2004: 95).

Mientras que la multiculturalidad describe la existencia de diferentes culturas y su presencia dentro de un mismo territorio, la interculturalidad por tanto describe el proceso de intercambio entre los miembros de diferentes culturas. (Birsl y Solé, 2004: 95).

Para otros autores “la interculturalidad es reconocer dos o mas culturas y el intercambio de conceptos entre ellas”.

Según Olive, la Interculturalidad “hace hincapié en las relaciones horizontales y sin pretensiones de dominación ni ejercicios de poder entre los pueblos”

Otra de las acepciones que encontramos es considerar a la interculturalidad como un proceso de convivencia humana basado en el respeto a la relación recíproca de valores entre varias culturas, en donde la interrelación se basa justamente en el respeto a estos valores. Los contextos en donde se mueven estas acepciones son los grupos humanos multiculturales, pluriculturales.

No obstante, para poder describir la relación entre dos personas como una relación intercultural es necesario que las dos personas que entran en contacto se definan como miembros de dos culturas diferentes.

Ahora bien, la interculturalidad como principio rector, orienta procesos sociales que intentan construir sobre la base del derecho a la diversidad y en franco combate contra todas las formas de discriminación y desigualdad social relaciones dialogicas y equitativas entre los miembros de universos culturales diferentes (Zúñiga, 1997)

Asumir así la interculturalidad implica entonces confiar en que es posible construir relaciones en donde podamos respetar las diferencias. En donde cada vez estemos más intercomunicados, y exista un dialogo dinámico, un intercambio de valores, estilos de vida y símbolos, que no puede ser neutral, sino que debe ser un esfuerzo por superar la discriminación y la desigualdad social “hasta alcanzar una “cooperación” y una “humanización” entre las culturas” (Birsl y Solé, 2004: 95).

Como principio normativo. La interculturalidad implica la actitud de asumir positivamente la situación de diversidad cultural en la que uno se encuentra. Se convierte así en principio orientador de la vivencia personal en el plano individual y el principio rector de los procesos sociales en el plano axiológico social.

El asumir la interculturalidad como principio normativo en esos dos aspectos individual y social constituye un importante reto para un proyecto educativo moderno en un mundo en el que la multiplicidad cultural se vuelve cada vez más insoslayable e intensa.

Según Díaz Aguilera La interculturalidad será “negociable” y “educable” y constituirá la respuesta a las tensiones y los conflictos que surgen en una sociedad multicultural (Díaz Aguilar citado en Birsl y Solé, 2004:95).

En este sentido, la interculturalidad es fundamental para la construcción de una sociedad mas democrática, puesto que los actores de las diferentes culturas que por ella se rijan, convendrán en encontrarse, conocerse y comprenderse con miras a cohesionar un proyecto político a largo plazo.

La interculturalidad también es considerada un enfoque importante en la elaboración de políticas de salud destinadas a los pueblos indígenas y otras etnias, esto por que considera las diferencias de cada grupo e intenta lograr que estos grupos puedan coexistir y resolver los problemas de salud en conjunto.

Entonces esta interculturalidad en Salud conlleva a los siguientes elementos:

- Integralidad en el concepto de salud-enfermedad
- Sistema de salud incluyente, abierta, que reconoce, respeta y aplica concepciones y practicas de salud con otras culturas. Visión holística.
- Oferta de servicio regular, equitativo y con pertenencia 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(MINSAL, 2003:20)

Desde esta perspectiva entonces se espera provocar un cambio de actitud especialmente en la medicina Occidental la cual ha sido muy reacia a incorporar la medicina Tradicional a sus prácticas médicas. Que permita generar una complementariedad de saberes que beneficiaran a la población en general.

2.2 EL ESTADO DE BIENESTAR Y LAS REFORMAS DEL ESTADO

Podemos encontrar diversos periodos dentro del estudio de la administración pública los cuales resulta importante conocer para poder analizar de mejor forma la dimensión organizativa de los gobiernos, en donde daremos mayor énfasis al periodo del Estado de Bienestar, antes de la etapa que hoy conocemos como neoliberalismo y a las reformas que le sucedieron en especial la que actualmente llamamos estado de neobienestar por ser la que actualmente esta imperando.

2.2.1 Estado Liberal

El Estado liberal (estado mínimo o estado policía, que deja todo el quehacer económico a la iniciativa privada) comprende la segunda mitad del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX (Año 1930 aproximadamente).

Es una administración que, cumple las funciones básicas de soberanía (relaciones exteriores, defensa, orden público, justicia, hacienda, obras públicas), de regulación de la actividad de ciudadanos y empresas y de fomento de la actividad comercial e industrial sobre la base de facilitar su tarea a los emprendedores privados.

Era considerada instrumental a los propósitos de creación de instituciones nacionales como el poder central, los mercados nacionales, los sistemas jurídicos uniformes y sobre todo los sistemas políticos de participación y representación en los que la dimensión básica es el individuo, con sus derechos y libertades también individuales.

En esta visión entonces el papel de las instancias de gobierno y administración consistía principalmente en asegurar la creación y consolidación de los sistemas nacionales.

De esta forma la administración pública se concebía como protectora de libertades y derechos, de ahí que sus diversos énfasis se encuentran en el perfeccionamiento del derecho, en la promoción de la ciudadanía ajustada a las definiciones de propiedad, y en el ejercicio de facultades de supervisión y vigilancia del orden social.

2.2.2 Estado de Bienestar

El Estado de bienestar fue la respuesta a la crisis económica de 1929 y a las manifestaciones más agudas de la recesión. Esta condición fue, sin embargo, sólo el detonador de lo que en el tiempo llegaría a constituirse en un modelo global de reestructuración del tipo de desarrollo económico y del estilo de gobernar.

En este sentido estricto, dice Helem Dieter:

El Estado de bienestar es un concepto esencialmente político y moral, que sirvió de marco para el logro de acuerdos y entre los agentes sociales. En efecto, el Estado de bienestar permitió establecer arreglos sociales, políticos e institucionales que han marcado un hito en la evolución del capitalismo porque permitió enfrentar una severa crisis y recuperar el crecimiento económico y la estabilidad (Rosales, 2004:37)

El Estado de bienestar tiene su inspiración en la teoría Keynesiana. La política económica que aplicó tenía como objetivo la ampliación del consumo privado a través del incremento del gasto público, especialmente de su componente social. Ello permitiría impulsar el crecimiento económico.

Así, en la formulación del Estado Benefactor, tenemos una confluencia coyuntural del pensamiento socialdemócrata con su planteamiento de reformas inmediatas en beneficio de los trabajadores, dentro del mismo sistema capitalista, con el papel interventor del Estado propuesto por Keynes, como vía para solucionar las crisis del capitalismo. (Medina, 1998:28)

Este vínculo entre socialdemócratas y Keynes es lo que originó la nueva perspectiva del Estado. "La sociedad no está indefensa ante los caprichos del mercado capitalista; la economía puede controlarse, y el bienestar de los

ciudadanos puede aumentarse continuamente por medio del papel activo del Estado. Este fue el descubrimiento de los socialdemócratas... El significado del aumento de salarios pasó, de ser visto como un impedimento para el desarrollo económico de la nación, a ser visto como un estímulo... El giro Keynesiano pronto llevó a los socialdemócratas a desarrollar una completa ideología del 'Estado Benefactor' " (Przeworski, 1990: 49-50).

La irrupción del así llamado Estado de bienestar, legitimo la creación de nuevas instituciones y nuevos programas. Aspectos como la vivienda, la educación, la salud y la protección del factor trabajo en las relaciones productivas encuentran expresión en los nuevos sistemas administrativos creados por los gobiernos. Una de las implicaciones más relevantes en la creación del Estado de bienestar fue la modificación de la noción de principio fiscal.

Por lo tanto, el crecimiento del consumo privado fue posible gracias a que la política de gasto permitió incrementar progresivamente los salarios reales. En especial fue significativo el paulatino aumento de la parte social del salario (salario social), es decir, el conjunto de prestaciones sociales, que evidentemente significaban un aumento de los salarios directos contractuales, negociados bilateralmente entre sindicatos y empresas.

El incremento sostenido del gasto público permitió cumplir entonces con las funciones estatales tradicionales y nuevas, y así revertir las tendencias depresivas de la economía. El papel del Estado de bienestar no se restringió solo a fomentar la ampliación del consumo también intervino directamente en la producción y provisión de bienes públicos.

El Estado utilizo mecanismos, principalmente fiscales, para la gestión del bienestar, y solo marginal o coyunturalmente con acciones directas a través de las nacionalizaciones y creación de empresas públicas de producción. De este modo

el Estado de bienestar fue capaz de crear las bases para una especie de socialismo de la demanda, en donde el déficit público dejó de ser una excepción en las finanzas gubernamentales y se convirtió en una especie de mal necesario para garantizar la continuidad de los servicios que se producían a su amparo.

Es aquí en donde se produjo todo un auge en la creación, ejecución y permanencia de políticas públicas a grado tal que sentó las bases para la formulación posterior del enfoque de sistemas aplicados. (Sosa, 2003: 110)

De acuerdo con esta visión, la política pública ocupaba un lugar preponderante en la mediación y respuesta que los órganos de gobierno daban a sus respectivas poblaciones. En alguna medida, la política pública era, al mismo tiempo, la caja negra en la que se articulaban decisiones y recursos, y parte de la respuesta o output de todo el sistema.

Se pasó así de la consideración de cada “política pública en cuanto a sus relaciones insumo-producto y objetivo-meta a una valoración superior entendida como una relación costo-beneficio en la que elementos de carácter político comenzaron a tener un mayor peso relativo. Luego entonces, cada política dejó de aparecer como una unidad simple de trabajo gubernamental y su tratamiento se dio a partir de criterios de agrupamiento, según fuese el énfasis u objetivo político que se persiguiera. Como consecuencia, surgieron los sistemas de política pública también referidos como políticas sectoriales” (Sosa, 2003:111).

En resumen, el modelo del Estado de bienestar según Przeworski, tuvo su logro más importante al constituirse en una fórmula de pacificación social en las democracias liberales.

El cual tuvo dos componentes principales:

1. La obligación explícita, jurídica y política, que asume el Estado de suministrar apoyo y asistencia a los que han sido afectados por el mal funcionamiento del mercado, y
2. El reconocimiento, también explícito, formal y legal, de los sindicatos como interlocutores en la negociación colectiva, no solo en los aspectos contractuales laborales, sino en la misma formulación de la política económica y de los planes de gobierno.

En conclusión el Estado de bienestar se consolidó como una organización institucional multifuncional y polivalente, en el sentido de que fue capaz de servir simultáneamente a muchos fines y estrategias. Este rasgo convirtió al modelo en un centro de atracción para las alianzas y coaliciones sociales. Pero en el tiempo tendieron a aflorar las contradicciones crecientes. En la medida en que se agudizaron estas tendencias, las discrepancias de intereses entre los grupos sociales y el Estado fueron crecientes y la efectividad de las políticas económicas por el lado de la demanda también disminuyó.

2.2.3 La crisis del Estado benefactor

Desde una perspectiva histórica, el Estado liberal del siglo XVIII fue un Estado mínimo, compuesto de un pequeño núcleo estratégico que ejercía apenas funciones típicas de Estado, tales como: defensa nacional, recaudación y diplomacia, entre otras

En esta configuración, el gasto público era muy pequeño con relación al producto económico de cada país. El Estado de bienestar, que surgió en los siglos XIX y XX, amplió su campo de acción al actuar directamente en el área social y a intervenir en el dominio económico. Este Estado tuvo gastos crecientes hasta

entrar la crisis en la década de los años ochenta, cuando el gasto público alcanzó niveles muy superiores al 50 % del producto económico de algunos países.

Pero no sólo el neoliberalismo ha cuestionado al Estado interventor. En otro sentido, de una manera más profunda, la crítica fundamental de Claus Offe al Estado del Bienestar se ha centrado no en la escasez de recursos del aparato estatal para cumplir las funciones que se había trazado, sino sobre todo en el carácter multifuncional mismo del Estado dentro de la sociedad, que se expresó más que nada en procesos estatizadores paralizantes, debido a una excesiva intervención rectora de la economía y de las normas sociales en su conjunto (Offe C., 1991).

Para Offe, lo característico del Estado del Bienestar no es únicamente la provisión de servicios sociales a la población, que se aprecian por la elevación del gasto social y el crecimiento de la burocracia estatal, sino sobre todo el carácter multifuncional y heterogéneo del aparato estatal que, como subsistema dentro de la sociedad e interdependiente con el ámbito económico y normativo, maneja las estructuras de socialización y la economía mercantil.

Existe un problema preocupante en la dinámica interna del Estado del Bienestar, que genera permanentes conflictos. Por un lado, la economía de la sociedad capitalista depende de la producción privada y la reinversión; además, el aparato estatal debe velar por este sistema de inversión privada y, al mismo tiempo, con criterios políticos, socializar en algo la economía con formas de regulación colectiva, por el compromiso de clase con los otros grupos sociales.

La burocracia del Estado propició esta crisis del Estado benefactor, manifestada a decir de Blau, Meyer y otros autores en los siguientes aspectos (Rosales, 2004: 41)

- El modelo fue progresivamente generando excesivas presiones y demandas sobre el Estado, que al conjugarse con la recesión, el renacimiento de la inflación y el desempleo, dificultaron o hicieron imposible que el Estado pudiera con sus funciones.
- El crecimiento excesivo del Estado tendió a desplazar y desestimular a la inversión privada y la ampliación al acceso de las prestaciones sociales freno los incentivos al trabajo y al ahorro.
- Impone onerosas e ineficientes regulaciones que, en conjunto, tienen un impacto sustancial sobre el nivel de precios y productividad.
- Invade áreas donde la actuación del sector privado es siempre más eficiente ya que los programas establecidos por el Estado, en áreas de un mayor beneficio social, resultan frecuentemente contraproducentes.
- Distorsiona los precios del mercado, lo que impide el aumento en la producción, coaccionando su distribución y haciéndola insuficiente.
- Hace atractivo el desempleo y el ocio gravando a los que trabajan y subsidiando a los que no lo hacen.
- Impide el progreso tecnológico ya que mediante los subsidios obstaculiza una mejor forma de producción.
- Protege de la competencia extranjera a industrias ineficientes, lo que hace que se eleven los precios internos.
- Impide el progreso social puesto que los programas tendientes al beneficio social son ineficientes

En suma, el Estado benefactor tiende a politizar todos los aspectos de la vida social; es decir, la sociedad se vuelve su cliente, subordinada a él por medio del corporativismo, de negociaciones directas entre Estado y ciertos sectores sociales que buscan su apoyo mediante la administración pública, pero negándole toda participación activa. En esta etapa, la sociedad está supeditada a un aparato estatal que tiende a burocratizar el desarrollo social.

Ante estos puntos es importante mencionar, que la alternativa no sería la destrucción total del Estado de bienestar sino su reforma. Esto quiere decir que no podemos desmantelar por completo esta forma de administración si no que debemos complementarla con algunas otras estrategias que nos permitirán mejorar las acciones del Estado, que beneficie a toda la población y no solo a los sectores dominantes.

2.2.4 Estado neo-liberal

El Estado neo-liberal manifiesta un abierto rechazo al papel del estado interventor y sus instituciones como sustitutas e intérpretes de la voluntad popular o del bien común.

De acuerdo con dichas políticas, la presencia excesiva del estado en la vida de los individuos había anulado su iniciativa, su capacidad de autodeterminación y sobre todo, la posibilidad de que se produjeran soluciones alternativas a los diversos problemas sociales (Sosa, 2003:113).

De ahí que estas posturas insistieran en recomponer los esquemas de participación y de intervención estatal para llevarlos a definiciones menos uniformes, mas abiertas y potencialmente mas diversificadas. Esto justifico las ya conocidas estrategias políticas de desregulación, limitación de la presencia

gubernamental en ámbitos laborales, sindicales, de organizaciones civiles y comunitarias, de combate al corporativismo, de abierta privatización y desconcentración territorial.

La irrupción del neoliberalismo significó un cuestionamiento radical de sus nociones más básicas y de su modo de operar. La idea de que el Estado correspondía velar por el bienestar de toda la población se corrigió añadiendo la expresión "siempre y cuando no afecte la distribución del ingreso, la tasa de retorno y el clima macroeconómico". De lo que se derivó la necesidad de ajustar el principio de protección a una definición más relativa que terminó siendo definida como eficiencia.

Esto explica también el énfasis dado al equilibrio en las finanzas públicas y la permanente búsqueda por reducir y eliminar el déficit presupuestal.

Sin embargo, los planteamientos del neoliberalismo al estilo de Thatcher y Reagan no son simplemente demandas para una reorientación de la economía. No se trata sólo de los intentos por que les disminuyan impuestos a las empresas, de eliminar los programas sociales, de debilitar o suprimir a los sindicatos; se trata, en palabras de Przeworski, de "un proyecto de nueva sociedad" (Przeworski, 1990:248) que, si bien "parece condenado al fracaso bajo condiciones democráticas" (ídem:250), no es en absoluto imposible teniendo en cuenta el caso de Chile posterior a 1973: "La experiencia chilena demuestra que sí es factible, siempre y cuando vaya acompañada de una brutal represión, de la destrucción de las instituciones democráticas y de la liquidación de todas las formas de la política" (ídem:249).

2.2.5 Reforma del Estado (Estado de neo- bienestar)

Este paradigma reconoce que el Estado no puede ni debe renunciar a la tarea de proteger a la población mediante la promoción del sistema de bienestar.

Esto significa que el Estado mantiene sus nociones básicas por cuanto toca a los fines que persigue y a la utilidad última que justifica su existencia. Pero por otro lado, el reconocimiento de la vigencia de los fines no significa que las formas de actuación que se usaron en el pasado cuenten con la misma dosis de legitimidad (Sosa, 2003: 116).

La etapa neo-liberal demostró la posibilidad de que el estado cuente con una mejor organización y un desempeño más eficiente. Por tanto, el Estado de neo-bienestar tendrá que establecer una nueva administración pública en la que las discusiones tenderán a distinguir con mayor énfasis y claridad lo que tiene que ver con la determinación de los fines del Estado, de aquello que tiene que ver con los medios o formas concretas de alcanzar esos fines; es decir, distinguir y diferenciar los problemas relativos a la provisión de bienes y servicios públicos de los que configuran los medios concretos para su producción.

La demanda de achicamiento del Estado y las privatizaciones de empresas estatales se ven desde la perspectiva de mayor libertad y apoyo a sus actividades empresariales. Por otro lado, y aprovechando la coyuntura, teniendo en cuenta el papel activo que han jugado diversas organizaciones sociales en la fijación de políticas sociales dentro del Estado, los grupos conservadores han desarrollado también una ofensiva para debilitar el poder de negociación de los sindicatos y de las organizaciones no gubernamentales que tratan de incidir en la definición de las políticas públicas. Para estos grupos conservadores, el problema de la reforma del Estado es muy simple: hay que achicar el Estado y disminuir su poder con el objeto de que la iniciativa privada tenga más libertad de invertir y sacar ganancias.

El rechazo a esta tendencia ha originado una defensa a ultranza del Estado Benefactor en lo que algunos, en América Latina, han llamado el "neopopulismo" o regreso al proteccionismo de décadas anteriores. Que se contraponen al proceso de las privatizaciones de empresas estatales.

El hecho irreversible es que el Estado tiene que reformarse: en la nueva etapa de la globalización, no puede permanecer invariable la forma del Estado benefactor, pero también el modelo de Estado neoliberal con sus terribles programas de ajuste está mostrando sus nefastas consecuencias sociales y, en numerosos casos, su ineficacia también como reactivador de la macroeconomía (Medina, 1998:37).

Los intentos de reforma del Estado no solamente provienen de las tendencias neoliberales de los conservadores y de los defensores del libre comercio. En sí mismo, el Estado benefactor, como dice Claus Offe, tiene contradicciones insalvables, y por tanto hay que construir un nuevo modelo.

"El Estado providencial, o las mismas políticas económicas inspiradas por Keynes, han dado importantes expresiones concretas del triunfo del pensamiento político sobre las prácticas sociales; pero todas ellas ya están en decadencia o descomposición" (Touraine, 1997:24). En este sentido, el Estado contemporáneo necesita ser reformado no sólo porque el neoliberalismo lo esté cuestionando seriamente sino también porque, en sí mismo, en sus presentaciones de proteccionismo, intervencionismo, benefactor, populista, no responden a la nueva etapa de las relaciones mundiales de producción (Medina, 1998:37).

Tanto el Estado de bienestar como el neoliberalismo no pudieron sostener la carga ideológica y de responsabilidades que ello implicaba, por lo cual el Estado se vio en la obligación de hacer una reforma en la organización y estilo de trabajar. Reformas que incluyeron tanto el estilo del Estado de bienestar como del

neoliberalismo. En donde se siguen creando instrumentos eficaces para resolver numerosos conflictos, sobre todo en una perspectiva de mediano y largo plazo.

Para concluir el presente capítulo me parece importante poder destacar que tanto el multiculturalismo, como el Estado de bienestar entre otros temas aquí mencionados, conforman factores importantes en la generación de políticas públicas hacia sectores particulares de la población como pueden ser los indígenas.

Esto por que la aceptación gradual que han vivido grupos sociales diversos por parte de los gobiernos en distintos países del mundo y en especial en América Latina, ha generado una nueva forma de trabajo y de inclusión a determinados temas, aunque esta inclusión no es la esperada, es un paso para seguir trabajando en ello, he ahí la importancia de las políticas generadas dentro de estos sistemas paternalistas, que permiten al gobierno hacerse cargo de las situaciones y demandas de la población mas necesitada que de otra manera no serian solucionadas por este sistema neoliberal de libre mercado en el que nos encontramos.

CAPITULO III

LAS POLITICAS PÚBLICAS

El estudio de las políticas públicas nos permite entender, los motivos que los gobiernos tienen para su creación y como éstos ayudan al bienestar social de sectores específicos de la población.

Las políticas publicas son unos de los puntos centrales de este estudio; por tanto el desarrollo de este capitulo nos permitirá entender y sustentar el análisis que se realizará posteriormente.

3.1 ¿QUÉ SON LAS POLITICAS PÚBLICAS?

Las políticas públicas se vienen desarrollando desde los años 50 aproximadamente y desde entonces no existe un consenso en su definición. A raíz de esto es que presentamos a continuación una serie de definiciones que se espera sirvan para aportar elementos a la discusión y para que el lector genere su propia idea o definición al respecto.

Entendemos a las políticas públicas como “los cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado”. (Lahera, 2004:16)

Para Kauffer las Políticas Publicas son el Conjunto de decisiones cuyo objeto es la distribución de determinados bienes o recursos. En este proceso, se encuentran

en juego bienes o recursos que pueden afectar o privilegiar a determinados individuos y grupos.

Según Meny y Thoening “Las políticas públicas corresponden al programa de acción de una autoridad pública o al resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental” (Many y Tohening 1992: 89)

También son definidas como las “Decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el dinero de los privados, en su calidad de ciudadanos electores y contribuyentes” (Aguilar, primera antología, 2003: 36)

De la misma manera es definida como “El conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos” (Pallares citado en Alcántara, 2004:106)

Para Tohening es “lo que los gobiernos deciden realizar o no realizar” (Tohening citado en Kauffer, s/d: 3). Esto no quiere decir que el no actuar es una política pública, sino que la decisión de no actuar ante un determinado problema conforma en si una política.

Finalmente Larrue propone la siguiente definición de las políticas públicas: “Una concatenación de actividades, decisiones o de medidas coherentes por lo menos en su intención, y tomadas principalmente por los actores del sistema político-administrativo de un país con la finalidad de resolver un problema colectivo. Estas decisiones dan lugar a actos formalizados, de naturaleza más o menos coercitiva, con el objetivo de modificar el comportamiento de “grupos que conforman

blancos”, los cuales se encuentran supuestamente en el origen del problema por resolver”.(Larrue citado en Kauffer, s/d : 4).

Desde mi punto de vista, las políticas públicas serian entonces una serie de desiciones y acciones realizadas por el gobierno, con un fin determinado, con la finalidad de satisfacer las demandas realizadas por un determinado grupo de la población.

Se pueden identificar entonces 5 características fundamentales para definir su naturaleza y sus límites, esto son:

- Un contenido la actividad pública se identifica bajo la forma de una sustancia, de un contenido. Se movilizan recursos para generar resultados y productos.
- Programa: una política no se reduce a un acto concreto considerado asiladamente o sea detrás de un acto o de tales o cuales actividades; existe un marco más general.
- Una orientación normativa. Se presupone que las actividades públicas no son el resultado de respuestas aleatorias sino, al contrario, la expresión de finalidades y de preferencias que el decidor concientemente no puede dejar de asumir.
- Un factor de coerción. la actividad pública procede de la naturaleza autoritaria de que se halla investido el actor gubernamental.
- Competencia social. una política pública se define por su competencia, actos y comportamientos de los administrados. El analista debe identificar al público, individuos, grupos o instituciones que componen el campo de la acción gubernamental considerada. (Many y Thoening, 1992: 90)

Es importante dejar en claro también que una política no es algo que acontece de una vez por todas; es un trabajo constante de exploración y aprendizaje. Existe una cierta incertidumbre en los procesos de formulación y ejecución de las mismas, lo que lleva a una retroalimentación permanente entre las diferentes etapas de las políticas públicas y también por que su contexto cambia constantemente; es algo que se rehace sin cesar, tal como lo señala Limblom: “Elaborar una política es un proceso de aproximaciones sucesivas hacia algunos objetivos deseados que van también cambiando a la luz de nuevas consideraciones”.(Limdblom citado en Luis Aguilar, 2003,segunda antología: 49)

Como ya hemos dicho, no todas las políticas están basadas en perspectivas explícitamente definidas, articuladas racionalmente entre sus elementos, ni son permanentes en el tiempo.

Según el trabajo de Lowi, las políticas públicas se presentan bajo 4 diferentes tipologías distintas, las cuales son:

- Políticas regulatorias o reglamentarias: establecen reglas de comportamiento, cuya principal herramienta es la legislación, se basan en aspectos disuasorios tales como multas o incluso privación de libertad para poner en vigor el acatamiento con patrones prevalecientes de conducta.
- Políticas redistributivas: clasifican a personas según criterios que les dan o no acceso a ventajas; se pueden llevar mediante instrumentos fiscales y posteriormente los impuestos son canalizados en programas de asistencia pública.
- Políticas distributivas: se centran en el interés gubernamental de garantizar igual acceso de recursos.

- Políticas constitutivas: definen reglas sobre reglas (código penal) que sirven a la nación como un todo, al atender las necesidades operativas del propio gobierno y de la administración y al proteger su seguridad nacional. (Lowi citado en Alcántara: 2004: 115)

Una política pública de calidad tal como lo señala Lahera incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados.

Por ultimo podemos destacar que existen algunas características que nos permiten avanzar en la discusión de las políticas públicas en especial en la creación de la agenda y los programas públicos; principalmente en lo relativo al financiamiento, claridad de objetivos e instrumentos a utilizar y con esto poder reconstruir a través de los diversos elementos encontrados políticas satisfactorias que van en directo beneficio de los grupos que demandan atención del gobierno.

3.2 DISEÑO DE POLITICAS PÚBLICAS

La elaboración o hechura de las políticas públicas ha sido comparativamente poco estudiada, existen muchas razones para explicar este fenómeno, señalándose que el motivo principal de este fue la orientación que tomo la ciencia política, junto con la administración pública, y que termino por volverse dominante. (Aguilar, segunda antología. 2003:15)

“Fue alto el precio por el descuido teórico del proceso de elaboración de políticas públicas. El crecimiento del estado y la expansión de su aparato gubernamental fueron señal de que los grandes actores y poderes sociales, a cuya dinámica supuestamente se sometían las políticas, eran incapaces de resolver muchas

cuestiones sociales y, en el fondo, incapaces de garantizar el orden y bienestar público” (Aguilar, segunda antología. 2003:18)

En la actualidad la elaboración de políticas públicas tiene grandes consecuencias en las aspiraciones, opiniones y actitudes a las que ellas responden. Este procedimiento no funciona como una máquina en la que se introducen deseos o necesidades y de la que salen los resultados para satisfacerlas. A veces se formulan a través del compromiso de los decisores de políticas públicas, sin que ninguno tenga bien presente los problemas a los que responde la política acordada.

Lo que se hace es incorporar algunos temas a la agenda política y rechazar otros, y de esa lista de problemas que se encuentran en la agenda, se toma una decisión de cómo enfrentarlos. La idea es que los beneficiarios directos en conjunto con los decisores de las políticas públicas, participen en el proceso de ella, con el fin de que puedan elegir, formar su opinión y así hacer su elección de forma satisfactoria y tal vez de esta manera influir en una política concreta o en el proceso global de ella, la cual, permitirá satisfacer de mejor forma las necesidades y demandas de los grupos de ciudadanos de cada gobierno.

Existen 3 modelos para realizar la toma de decisiones en el diseño de políticas públicas:

- **Modelo Racional:** Elige un curso de acción frente a un criterio de decisión, “la mejor” que me permita maximizar el objetivo perseguido con base a una teoría determinada. Es la búsqueda del sentido social que permea el estudio de las políticas públicas. de manera ordenada, por etapas metodológicas, procesos, normas etc. uno de los principales axiomas del racionalismo es que los problemas y asuntos públicos son enfrentados en una secuencia ordenada y bien estructurado en donde se realiza un análisis a profundidad desde la raíz.

En pocas palabras es la construcción de la política pública completa o sea desde sus inicios.

- **Modelo Incremental:** Se basa en lo inmediato; se hacen las adaptaciones y cambios necesarios a los productos que ya existen; o sea es una redefinición de una política ya existente. Es el modelo mas simple y realista de cómo se hacen las políticas públicas, en donde se atacan los síntomas y no las causas de los problemas. Es una forma de aprendizaje colectivo en la solución de los problemas públicos. En pocas palabras es una modificación de las políticas ya existentes.
- **Modelo Garbage Can o bote de basura:** Combinación del modelo racional y el incremental; este tercer modelo permite una mayor innovación que la que permite el modelo incremental sin caer en el irrealismo del modelo racional

Una vez revisados estos modelos me parece importante destacar que el abordaje de problemas complejos, como suelen ser los problemas públicos para la realización de políticas, están afectados por una serie de inconvenientes como lo son los límites de información, conocimiento, tiempo y recursos.

Pero una cosa es cierta y es que las políticas públicas no son un accidente o casualidades, ni necesidades de las que puedan escapar las autoridades

Entonces “Para entender quién y cómo se elaboran las políticas públicas, uno debe entender las características de los participantes, en qué fases y papeles juegan, de qué autoridad u otro poder disfrutan, y cómo se relacionan y controlan unos a otros”. (Lindblom, 1991:11) además de la rapidez con que se requiere la política.

Por que un sistema de elaboración de políticas publicas tiene por si mismo un gran efecto en las aspiraciones, opiniones, actitudes a las que ellas responden.

Lindblom nos presenta los pasos básicos en la elaboración de políticas públicas, los cuales corresponde estrechamente a los pasos de una iniciativa científica los cuales son:

- Identificar y formular cuidadosamente el problema
- Estudiar las posibles soluciones
- Examinar las soluciones alternativas
- Proceder a una elección final. (Lindblom, 1991:48)

Debemos tener en cuenta lo que nos señala Bardach y que espero haya quedado claro después de desarrollar la explicación de los modelos de toma de decisiones anteriormente estudiados y es que, es importante tener en cuenta que “sólo en contadas ocasiones el investigador de políticas tiene que generar su propia información o asumir la responsabilidad de inventar una política nueva y brillante. (Aguilar, 2003, tercera antología: 236) o como señala Lahera “las políticas publicas rara vez se extinguen por completo; es mas habitual que cambien o se combinen con otras. Se ha llegado a decir que las políticas son inmortales. Sin embargo existen políticas con aspectos temporales definidos, después de los cuales dejan de existir por diseño (fade out)” (Lahera, 2004: 74)

Entonces la ocasión para formular una política realmente nueva se presenta con creces cuando la política existente se derrumba por completo, provocando algún tipo de crisis.

3.3 ANALISIS DE POLITICAS PÚBLICAS

El análisis de las políticas públicas ha sido una contribución importante en la toma de decisiones del gobierno; es una “manera de sintetizar información, incluyendo resultados de investigación, con el fin de producir un formato para las decisiones de políticas (el diseño de elecciones alternativas) y de determinar las necesidades futuras de información importante para las políticas”. (Aguilar, 2003: 71)

Según Many y Thoening es “una disciplina aplicada a las ciencias sociales que usa múltiples métodos de investigación y argumentación para producir y transformar la información pertinente para una política, información que puede ser empleada en los contextos políticos a fin de resolver problemas de la política - acción (Dun en Many y Thoening, 1992: 86)

El análisis de políticas públicas es una actividad política y social, la cual implica una elevada responsabilidad moral e intelectual por la calidad del trabajo analítico sobre el proceso de estas políticas.

El análisis de políticas públicas va más allá de nuestras decisiones personales, ya que concierne y afecta la vida de un gran número de ciudadanos en donde se involucran otros profesionales e individuos en los procesos y resultados de estos análisis.

En términos generales, podemos distinguir tres grandes modelos teóricos de análisis:

- El primero de ellos, de corte funcionalista, centrado en un enfoque social, privilegia al individuo y el pluralismo social y solo considera al Estado como una ventanilla encargada de atender todas las demandas sociales.

- Según el segundo modelo, insiste en atribuirle al Estado la condición de instrumento al servicio de una clase o de grupos específicos. Según esta óptica, el Estado dispone sólo de una autonomía marginal, que represente los intereses del capital (teorías neomarxista) o de los de burócratas o expertos que lo controlan desde su interior (teorías neoweberianas).
- El tercer enfoque intenta encontrar un camino intermedio, dedicándose a interpretar los equilibrios y desequilibrios que se establecen entre el Estado y la sociedad y que las políticas públicas permiten traducir. se centra en la distribución del poder y en las interacciones entre actores a través de la representación y de la organización de intereses sectoriales o categoriales según el enfoque neocorporatista. (Many y Thoening,1992: 45-46)

Es importante aclarar, que nos guiaremos en nuestro estudio por el tercer enfoque teórico el cual nos permitirá entender de mejor forma el análisis que realizaremos posteriormente.

En definitiva, el análisis de cómo se definen los problemas sociales, de cómo éstos pasan a la agenda pública, de cómo se formulan las propuestas de intervención (definición de la política), de cómo se llevan a la práctica las políticas aprobadas (implementación) y la evaluación de las mismas es lo que llamaríamos en definitiva el análisis de políticas (Meil, 1998:140)

Las siguientes son características que se presentan en la mayoría de los análisis de las políticas públicas:

- El análisis de políticas es aplicado
- Usa técnicas de resolución de problemas
- Trata diferentes cuestiones

- Los analistas políticos se ocupan de las intenciones expresadas por el gobierno y las acciones tomadas o evitadas para alcanzar los objetivos propuestos.

Por ultimo me parece importante presentar el ciclo de políticas públicas como un proceso que nos permite analizar de mejor forma, las distintas etapas de las políticas públicas siguiendo su secuencia lógica.

Se pueden distinguir 5 etapas analíticas, las cuales no necesariamente son consecutivas, debido a que estos procesos pueden iniciarse perfectamente en cualquiera de estas fases, obviarlas o invertirlas. Estas etapas son:

- La identificación de un problema: el sistema político advierte que un problema exige un tratamiento y lo incluye en la agenda de una autoridad pública.
- La formulación de soluciones: se estudian las respuestas, se elaboran y se negocian para establecer un proceso de acción por la autoridad pública.
- La toma de decisión: el decisor público oficialmente habilitado elige una solución particular que se convierte en política legítima.
- La ejecución del programa: una política es aplicada y administrada sobre el terreno. Es la fase ejecutiva.
- La terminación de la acción: se produce una evaluación de resultados que desemboca en el final de la acción emprendida.(Many y Thoening, 1992: 105)

A continuación presento un esquema propuesto por Jones en 1970 el cual nos muestra el proceso de las actividades gubernamentales o más bien llamado aquí ciclo de políticas públicas que ya desarrollamos con anterioridad.

Ciclo de las Políticas Públicas

Identificación de un problema	Formulación de una solución o acción	Toma de la decisión	Aplicación de la acción o Implementación	Evaluación de los resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • Apreciación de los acontecimientos. • Definición de un problema. • Agregado de los intereses. • Organización de las demandas. • Representación y acceso ante las autoridades públicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de respuestas. • Estudio de soluciones. • Adecuación a los criterios 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de una coalición. • Legitimación de la política elegida 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución. • Gestión y administración. • Producción de efectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones a la acción. • Juicio sobre los efectos. • Expresión
Demanda de la acción pública	Propuesta de una respuesta	Política efectiva de acción	Impacto sobre el terreno	Acción política o reajuste

Fuente: Tomado del libro Las Políticas Públicas de Many y Thoening, 1992: 106

En resumen este es un ciclo ideal el cual en la práctica es atravesado por fenómenos que siguen diversos caminos, en donde probablemente puede no haber relaciones significativas entre ellos, debido a que lo que sucede en determinado momento no mantiene relación alguna con lo que ocurre en otro momento. Esto por que los actores, problemas, soluciones, decisiones no son necesariamente estables pueden cambiar sobre la marcha, ajustarse, redefinirse, desaparecer o re-emerger a medida que la acción política progresa.

3.4 ANALISIS COMPARADO

La lógica de la comparación cubre un amplio espectro de intereses, los cuales van desde la dimensión puramente científica hasta su aplicación práctica, en donde el conocimiento está destinado a la resolución de problemas a nivel social.

La comparación sirve entonces para profundizar nuestros conocimientos sobre la realidad que estamos estudiando, para estimar la intervención adecuada tanto desde el punto de vista de los objetivos, como de los instrumentos aplicados y/o de los efectos alcanzados y, eventualmente proponer medidas alternativas de acción.

“Contribuye a corregir la visión incompleta (o derivada por juicios implícitos de valor) que la ciencia política o la ciencia administrativa comparadas tradicionales puedan dar de los sistemas políticos, la comparación desemboca en tipologías establecidas a partir de principios, valores y acuerdos institucionales y políticos” (Many y Thoening, 1992:228)

Existen 3 motivaciones para realizar un análisis comparado estas son:

- Es una forma de explicación científica de factores que se encuentran tras el desarrollo de la política social.
- Utilización de la comparación como criterio de evaluación de las políticas publicas.
- Búsqueda de las soluciones alternativas de un determinado problema social (Meil,1998:133)

El análisis comparado de políticas públicas posee por lo tanto las siguientes cualidades:

- Contribuye a corregir la visión incompleta (o desviada por juicios implícitos de valor) que la ciencia política o la ciencia administrativa comparadas tradicionales pueden dar a los sistemas políticos.
- Suscita nuevas cuestiones y pone en duda las topologías establecidas.
- Otro atractivo de esta comparación es que permite en el campo político social, una observación que se podría clasificar de casi experimental
- La de fecundar la investigación mediante la transposición de hipótesis y de resultados obtenidos en otros campos o en otros contextos. (Many y Tohening,1998:228-229)

Hancock manifiesta que la contribución del análisis comparado a las políticas publicas, “no se reduce a la suma de elementos. Al contrario, resume toda la diversidad y la riqueza conceptual, metodológica y analítica de la ciencia política. (Hancock citado en Meny y Tohening, 1998:239)

El análisis comparado del contenido de políticas concretas puede realizarse distinguiendo las siguientes dimensiones analíticas:

- Comparación en la elección sobre la atribución de responsabilidades entre Estado, mercado y sociedad (frecuentemente denominado tercer sector), en el que incluyen la familia y las organizaciones no gubernamentales; se trata de responder a la pregunta ¿por qué se interviene?
- Comparación en la elección sobre los objetivos o motivaciones de la intervención, lo que prejuzga la definición de un problema social que justifica la intervención. Se trata de responder a la pregunta ¿para qué se interviene?
- Comparación de los beneficiarios de las políticas sociales concretas. En este punto se trata de responder a la pregunta ¿a favor de quién se interviene?
- Comparación de los instrumentos elegidos para alcanzar objetivos perseguidos con la intervención. La pregunta clave en este caso es ¿con qué medios?
- Comparación de los resultados logrados, habiéndose de distinguir dos dimensiones: por un lado, que es lo que las administraciones públicas “producen” (el output, en terminología inglesa), esto es, visto desde el punto de vista del Estado y, por otro lado, el impacto de las políticas (el outcome, en terminología inglesa) esto, es los efectos logrados con las políticas o desde el punto de vista de los beneficiarios. Las preguntas clave a las que hay que dar respuesta son las siguientes: ¿Qué hace? y ¿Qué se logra con la intervención? (Meil, 1998:141)

Existen algunos problemas al realizar el análisis comparado, estos son:

- La ausencia de datos homogéneos, pues la recolección y admisión de los datos varían de un país a otro.
- El valor de los datos, por que en ocasiones la fiabilidad de los datos puede ser sospechosa.
- La agregación y desagregación de los datos.
- La abundancia de las variables.
- Eventual introducción de desviaciones culturales o políticas nacionales en el enfoque comparativo.
- La estrategia teórica subyacente a las investigaciones empíricas (Meny y Thoening, 1992: 230).

Por ultimo podemos decir que el análisis comparado de políticas públicas, ha permitido dar un nuevo impulso al estudio de sistemas políticos ideológicamente opuestos. También nos ha permitido comprender que mientras mas correcta sea la comprensión de las políticas, menor será la tentación de actuar de forma autoritaria para cambiar la sociedad.

3.5 POLITICA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS

Antes de comenzar a tratar este tema, me parece pertinente definir qué entendemos por Política de Salud.

El sector salud es un sistema integrado, con capacidad de respuesta dinámico, continuo, compuesto por entidades públicas, privadas y comunitarias para procurar un estado óptimo de salud y equidad en la población (Colon, 2004).

Agrupar actividades de prevención, protección y promoción dirigidas a satisfacer las necesidades de salud de la población mediante el desarrollo de profesionales, el financiamiento, la prestación de servicios, planificación y la formulación de políticas públicas.

Por tanto, la Política de Salud es aquella que define las directrices de cómo se deben manejar las acciones de salud de un país.

Es la búsqueda, ejecución y resultados en forma continua de los mejores niveles de salud a través de medidas y compromisos multisectoriales activos, que implique el desarrollo de nuevas actitudes que permitan la reorientación de los profesionales y servicios sanitarios como también los modelos y las visiones, la reorientación indiscutiblemente deberá acompañarse de la participación real en la toma de decisiones por los distintos sectores y la gente misma, si se quiere hacer una fuerte alianza a favor de la salud.

Entonces una Política de Salud dirigida a los Pueblos Indígenas es aquella que define las directrices de cómo se deben manejar las acciones de salud dirigidas hacia los pueblos indígenas que viven en un país y supone el desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal con la salud occidental.

En este contexto, el desafío para el sector salud en las próximas décadas será la creación e implementación de una política de salud indígena que defina un modelo de salud intercultural que responda a las expectativas materiales y culturales del usuario indígena en un proceso de diálogo y negociación cultural entre medicinas.

Una política de salud indígena o como es llamada intercultural entonces, trataría idealmente de generar propuestas acordes a las necesidades de la población en este caso indígena, en donde me parece que es crucial la participación de ellos en su elaboración, por que nadie mejor que los destinatarios de una política para plasmar las necesidades y demandas reales que necesitan satisfacer, y con lo cual permitir dar el marco y sentar las bases programáticas de un modelo de atención con pertinencia cultural, el que debería apuntar a formar actitudes de aprecio y valoración de las diferentes culturas que están en convivencia constante, siendo crucial el cambio de actitud y la aceptación del otro sobre todo desde el sistema occidental de salud hacia el sistema de medicina tradicional.

Es por esto que uno de los fundamentos para el desarrollo de una política intercultural en salud es que “ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo, todas las demandas de salud que presenta la población, lo que implica dejar de concebir el modelo biomédico como el único deseable y válido. En este sentido, la medicina tradicional surge como una alternativa válida para la solución de enfermedades, en particular de aquellas relacionadas con el ámbito psicosocial, donde la medicina oficial ha mostrado poca efectividad”. (MINSAL, 2003:20).

No obstante, la experiencia internacional nos ha demostrado que la existencia de principios conceptuales nos ayuda a sustentar el desarrollo de modelos pluriculturales en salud. Entre estos se encuentran el de reconocer a los sistemas médicos como complejos sistemas de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad. Un segundo principio, es el de mejorar los procesos de comunicación entre pacientes y profesionales; fenómeno que no solo involucra al lenguaje como acto comunicativo sino también al conocimiento de los protocolos de relación cultural y social de los pacientes. (Alarcón, Neira, Vidal. 2003:1065)

“Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. El primero trata básicamente las estrategias de comunicación intercultural que aparece como un factor que disminuye las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El segundo, el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. En este proceso que requiere de transformaciones estructurales a largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, son las estructuras del Estado en su conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad”. (Alarcón, Neira, Vidal. 2003:1064)

En el ámbito de la salud entonces y como ya lo he tratado de aclarar anteriormente, el diseñar acciones interculturales significa conocer y valorar la cultura indígena como una herramienta en el mejoramiento de la salud y en el tratamiento de las enfermedades y considerar las creencias, prácticas, valores y lengua propia en el diseño de programas sanitarios con la participación activa de los sujetos involucrados.

Para alcanzar estas metas la Resolución V de la OPS-OMS plantea la importancia de la revaloración del saber indígena, fortaleciendo la singularidad de sus propias culturas, reconociendo que son ellos los que mejor conocen de su pueblo, de sus necesidades en materia de salud y desarrollo, y de las respuestas que deben instrumentarse. Con la idea de que se puedan propiciar encuentros en donde exista un trabajo en conjunto para superar obstáculos comunes (económicos, políticos, sociales, culturales) estableciendo una relación interétnica e intercultural basada en la reciprocidad, el respeto mutuo y la convivencia.

En el nivel de las políticas y programas de salud, esto significa diseñar líneas de trabajo interculturales que partiendo de un concepto general de equidad

reconozcan las diferencias y especificidades de cada grupo, diseñando y adecuando las normas programáticas de acuerdo a las realidad sociocultural existente y sobre todo considerando la percepción de los sujetos beneficiarios o receptores últimos de esta acción.

3.6 MARCO POLÍTICO Y LEGAL PARA LA CREACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD DIRIGIDA A PUEBLOS INDIGENAS

La construcción de una política de salud y pueblos indígenas tanto en Bolivia como en Chile se sustentan y han sido efectivas gracias a las diversas movilizaciones de los pueblos indígenas en los países de América Latina, en donde los productos obtenidos son una serie de tratados y acuerdos tanto a nivel nacional como internacional, que han permitido respaldar y sostener las iniciativas destinadas hacia los pueblos originarios.

Antes de comenzar directamente con las normas legales vigentes a favor de la salud indígena, me parece necesario explicar algunos hitos históricos que han permitido el trabajo con poblaciones indígenas, uno de ellos o tal vez, el mas significativo por ser el primer gesto de consideración favorable hacia la identidad de los pueblos originarios, fue la creación del Instituto Indigenista Interamericano, en la ciudad de Pátzcuaro, México en el año 1940, en donde se reunieron representantes de diversas organizaciones dedicadas a asuntos indígenas con el fin de celebrar la primera Conferencia Interamericana Indigenista.

A raíz de esta creación, muchos países de la región adoptaron políticas indigenistas similares, en base a una entidad estatal autónoma, las cuales trabajan diseñando e implementando diferentes políticas destinadas al desarrollo comunitario hacia los pueblos indígenas.

A raíz del Trabajo que se desarrollado, fue que a mediados de los años ochenta, el Instituto Indigenista Interamericano realizó un Convenio con la OPS (Organización Panamericana de la Salud), mediante la cual ésta se convierte en una especie de agencia de apoyo sanitario para las políticas que se impulsan en estas materias debido a que se les reconoce el valor que tiene su patrimonio cultural, el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos.

Esto por que la OPS a través de la iniciativa de salud y pueblos indígenas, ha expresado su compromiso de trabajar con el fin de mejorar la salud y el bienestar de la población indígena en América Latina, ya que se ha convertido en un actor importante en los procesos de reivindicación de derecho a la salud de todos lo grupos étnicos de la región tanto a nivel nacional como internacional, gracias a los significativos tratados y acuerdos que han generado y que algunos países han acogido de manera voluntaria expresando la preocupación que se tiene por el tema.

3.6.1 Instrumentos Internacionales Vigentes

Antes de explicar los acuerdos internacionales específicamente en salud, me parece importante mencionar algunos acuerdos que son de carácter general y que de igual forma han contribuido a crear los acuerdos más específicos en el tema de salud indígena.

Los acuerdos de carácter general son:

- Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos (1976)
- Declaración de los Derechos Humanos (1948)
- Los acuerdos de la cumbre de la tierra (1992)
- Convenio sobre Diversidad Biológica (1992)
- Las resoluciones de la cumbre de las Américas (1994)
- Declaración Universal sobre Diversidad Cultural (2001)

Si bien es cierto que existen numerosos acuerdos internacionales que abordan el tema de salud de los pueblos indígenas, son los siguientes, los que tienen un alcance mayor cuando queremos trabajar el tema dada su integralidad e implicancia.

Los acuerdos de carácter específicos son:

- Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo (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.

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

El convenio 169 establece un conjunto de normas mínimas internacionales que promueven el diálogo entre los gobiernos, organizaciones indígenas y organizaciones no gubernamentales referente a temas como política general, identidad, cultura, autodeterminación, tierras y sus recursos, condiciones de trabajo, formación profesional, seguridad social, salud, educación y medio ambiente.

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.

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

3.6.1.2 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". (MINSAL, 2003: 59)

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

Originada a partir de las recomendaciones efectuadas por los participantes 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 América (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”.

En América son cada vez más altos los estándares relativos a derechos colectivos de los Pueblos Indígenas. Los procesos que han desarrollado este cambio son diversos y desde las más simples leyes hasta los Reconocimientos Constitucionales y de Ratificación del Convenio 169 de la OIT.

En el ámbito de la salud, se ha producido grandes avances desde la Declaración de Alma Ata (URSS), en la segunda mitad de los años 70's y principios de los 80's donde los países miembros de la Organización Mundial de la Salud se comprometieron a implementar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y el aprovechamiento de los recursos de la medicina tradicional como parte de las estrategias de atención primaria de salud (APS).

A partir de la Cumbre de la Tierra en 1992, se han abierto espacios a modificaciones normativas, que han permitido avanzar en estándares ambientales; como también en el reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas.

3.6.3 REFLEXIONES FINALES

Ahora que ya conocemos estos acuerdos específicos, me parece importan hacer una reflexión final a modo de entender el contexto en el que nos estamos moviendo y tratar de aproximarnos a la realidad en la que se encuentran nuestros países en estudio.

“Los instrumentos internacionales, establecen acuerdos entre las distintas naciones, que se convocan para obligarse a proteger ciertos derechos, estos

instrumentos van a tener en algunos casos carácter de aplicación obligatoria, como en el de los Tratados que pueden ser: pactos o instrumentos importantes de carácter general; convenciones, aquellas relativas a uno o más derechos; y protocolos, aquellos que revisan los términos de los pactos o convenios o les agrega nuevas disposiciones cuando los Estados los ratifiquen o adhieran a ellos. En el caso de las Declaraciones, no tienen carácter obligatorio, van a constituir principios sobre los que se van a fundar los tratados y que son pronunciamientos ideales, normas más bien de carácter moral de los Estados, pero que constituyen antecedentes jurídicos importantes sobre los que se estructura el derecho internacional. El conjunto de estos documentos, que declara o garantiza derechos van a constituir los instrumentos internacionales” (Caviates. 2005:17)

El marco jurídico internacional se ha incorporado en las legislaciones y las políticas públicas de los países de América Latina de manera satisfactoria. Los principios y formas que han adoptado las adecuaciones del Convenio 169 de la OIT, las legislaciones específicas como la Ley Indígena 19.253 en Chile, o los mandatos de legislaciones o recomendaciones de instrumentos internacionales que contienen referencias especiales respecto de los pueblos indígenas como el Art. 5ª de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, algunos artículos del Convenio de Biodiversidad Biológica, los capítulos 15 y 26 de la Agenda 21; o la aplicación de recomendaciones como las Resoluciones V y VI de “Salud de los Pueblos Indígenas” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); Jurisprudencia de la Corte Interamericana de DDHH; los Proyectos de Declaración o la aplicación de principios internacionales del derecho. Al igual que otros instrumentos importantes de como son las Estrategias sobre Medicina Tradicional y el Plan de Acción 2002-2005 de la Organización Mundial de la Salud. Han permitido que los países de América Latina reconozcan que existen otras formas de salud diferentes a la alópata convencional y que consideren y trabajen de forma más adecuada y con pertinencia cultural el tema de la salud indígena

Hay que destacar también que los países de la región, tienen sus propias prioridades y necesidades, por lo que a través de diferentes políticas y estrategias, han avanzado en el desarrollo de procesos tendientes a disminuir las inequidades abordando específicamente los problemas sanitarios de las poblaciones indígenas y desarrollando modelos de salud integrales y culturalmente apropiados.

Por último es importante, también distinguir entre tres diferentes categorías de garantías legales. La primera es si existe o no legalización especial, y la garantía de acceso preferencial (en muchos casos gratuito) para la población indígena (ref. Artículo 7.2 del Convenio 169/89). La segunda es si las prácticas tradicionales están aceptadas, y bien integradas al sistema nacional de salud (ref. Art. 25, sobre todo 25.2, del 169/89). La tercera es si los pueblos indígenas tienen garantizada una participación, eventualmente autonomía en el manejo de los recursos de salud (también tratado en Art. 7.2.). (Franchi y Solernó. 2006)

En este sentido tanto Bolivia como Chile han realizado un trabajo arduo y comprometido en el tema de la medicina tradicional, tratando de incorporar de alguna manera dentro de sus políticas nacionales el tema indígena, independientemente de esto, Chile no ha ratificado el convenio 169 de la OIT y tampoco ha modificado su constitución lo que implica que no existe un reconocimiento constitucional de parte de Chile a sus indígenas, lo que ha sido un impedimento al momento de trabajar el tema concreto de la salud como otros temas que se encuentran dentro de las demandas indígenas.

A pesar de ello, y como un punto importante a considerar, hace un año aproximadamente en el marco legal de la reforma sectorial de salud, la incorporación de la interculturalidad en salud, en la Ley de Autoridad Sanitaria, constituyo, y constituye un hito fundamental para la operativización de la Política. Debido a que en el artículo 16 de este se establece que es deber del Ministerio de

Salud “formular políticas que permitan incorporar un enfoque intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

Por otro lado Bolivia fue uno de los primeros países en avanzar un proceso de reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena. En 1984, se consigue la Personería Jurídica para la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA). En 1986, la Resolución Ministerial 0231 reglamenta el ejercicio de la práctica de la Medicina Tradicional Boliviana, convirtiendo a Bolivia en el primer país de América en aceptar oficialmente la vigencia de la Medicina Ancestral. Un año después se dicta la Ley N° 0928 que crea y reglamenta el Instituto de Medicina Tradicional Kallawayaya, pero a pesar de ello la legislación Boliviana es sorprendentemente débil en este aspecto.

La Constitución Boliviana no reconoce específicamente el derecho a la salud de los pueblos indígenas y ha sido la legislación primaria y secundaria generada antes de los reconocimientos constitucionales las que van estableciendo el reconocimiento a la medicina indígena y estableciendo los lineamientos básicos de la política indígena en Salud en Bolivia. Posteriormente se ve fortalecida con nuevas legislaciones específicas, como el Seguro Básico de Salud Indígena y Originario y la Ley de Salud Materno Infantil.

En contradicción a estas regulaciones y reglamentaciones, las instancias públicas muestran poco interés por promover el desarrollo de la medicina tradicional aun cuando existe una ley que les confiere jurisdicción en relación con su regulación. La participación de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo es importante ya que a algunas de ellas les es conferido cierto papel regulatorio. “Por ejemplo, la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (Sobometra), que integra una gran cantidad de los médicos tradicionales del país, no tiene autonomía de acción, a pesar de contar con los dispositivos legales que

facultan su práctica, y entra frecuentemente en desacuerdo con las agencias públicas. (Franchi y Solernó. 2006)

Con la asunción de Evo Morales como presidente de la república de Bolivia y de Michelle Bachelet como presidente de la república de Chile, se han establecidos ciertos compromisos de gobiernos para el sector indígena el cual idealmente permitirá mejorar la calidad del trabajo ya realizado.

Estos compromisos se ven reflejados por ejemplo en Bolivia con la creación del viceministerio de medicina tradicional y salud intercultural y en Chile se espera la modificación de la constitución para su reconocimiento constitucional y crear una subsecretaría de asuntos indígenas para darle un rango político a las políticas dirigidas a los pueblos indígenas.

Además en Bolivia se puede destacar como ejemplo a seguir por su grado de participación social indígena existente en todas las esferas de la vida política del país, lo cual ha sido y sigue siendo un pilar importante en la generación de políticas con pertinencia cultural.

No podemos olvidar también que para generar una política de salud dirigida a la población indígena que sea óptima, no debemos dejar de lado los siguientes elementos que son un todo integrado dentro de la cosmovisión indígena:

Estos elementos son:

- Tierra / Territorio
- Medio Ambiente
- Patrimonio Arqueológico/ Recursos Naturales/ Pueblos Indígenas.
- Medicina Tradicional/ Cosmovisión Indígena.

Por ultimo es importante concluir en este capitulo que la generación de políticas públicas es un instrumento importante en la satisfacción de las demandas publicas realizadas por un sector determinado de la población, al que el gobierno pretende dar solución, es por esto que una respuesta a las demandas indígenas es la creación de políticas y programas de salud, que pretenden idealmente incorporar y complementar los sistemas médicos (occidentales y tradicionales) dentro de sus acciones a implementar, en donde la tolerancia y la aceptación por el otro son pilares fundamentales sobre todo en su proceso de ejecución, por lo tanto sabemos que es un proceso lento y de largo plazo, sobre todo por el cambio de actitud que se debe dar especialmente de parte de los profesionales de la medicina occidental. Aunque es un reto a seguir que sabemos que no es imposible, si no que es un camino largo por recorrer en donde los acuerdos internacionales juegan un papel importante al igual que el reconocimiento constitucional que los países hagan de sus pueblos indígenas, lo cual ayudara sobre todo al momento de la elaboración de sus políticas pues le da un sustento y un piso importante desde donde partir y trabajar el tema, esto apoyado con la participación activa que tengan los indígenas.

CAPITULO IV

CONCEPCION SALUD / ENFERMEDAD EN LA COSMOVISIÓN INDIGENA

La concepción salud/enfermedad dentro de la cosmovisión indígena es muy particular y no tiene nada que ver, con lo que conocemos como cultura occidental, es por esto que me parece importante comenzar este capítulo dando una breve referencia sobre el sistema médico occidental y como este influye en la percepción de la gente, además junto con ello trabajaremos como el sistema de salud tradicional concibe la salud y la enfermedad y sus causas; Así como también su manera de ver el entorno que los rodea, lo cual en conjunto es importante tener claro al momento de diseñar las políticas de salud destinadas a este sector de la población.

4.1 CONCEPCION SALUD / ENFERMEDAD EN EL MUNDO INDIGENA

Antes de comenzar con las concepciones de salud y enfermedad dentro del sistema tradicional de salud es necesario conocer como el modelo médico del sistema oficial de salud o como nosotros le llamaremos occidental, concibe a la enfermedad como un proceso natural, ajeno a condicionantes mitológicas, mágicas, sobrenaturales o comunitarias.

En este sentido, la enfermedad no sería diferente a otros procesos del ciclo vital del hombre. Por lo que su tarea consistirá en desarrollar 2 procedimientos:

- Diagnostico (búsqueda de causas de la enfermedad mediante la observación)
- Tratamiento (aplicación de remedios apropiados).

Estos procedimientos nos permiten entonces describir, comprender y predecir las causas de las enfermedades que padece la población.

Es por esto que se le ha dado tanta importancia a este modelo de salud oficial en donde encontramos:

- Una gran fe en el poder de la ciencia y la tecnología en la resolución de los problemas de salud de la población, así como también en la explicación de la realidad.
- La química le permitió abrir los campos de la fisiología y la patología humana, con lo cual se hace posible entender el funcionamiento biológico tanto de organismos sanos como enfermos, a través de esta bioquímica se ha explicado la causa de muchas enfermedades como las disfunciones hormonales o de carácter genético.
- Los conocimientos de la farmacología le permitió acceder al efecto de los compuestos químicos en el organismo sano y enfermo, lo cual fue decisivo en el combate de enfermedades infecciosas y de otra índole.
- Un concepto de salud basado en una imagen mecanicista del cuerpo, en el cual el estado de salud y enfermedad se explican solamente a través de factores de tipo físico o bioquímica, en este sentido, concibe la enfermedad como un proceso natural, ajeno a condicionantes sociales, sobrenaturales o culturales.” (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2004:6)

En donde para alcanzar la calidad de atención en salud, debemos superar varias barreras institucionales, entre ellas destacamos las barreras culturales, sociales, económicas y geográficas, la cuales afectan a un número considerable de la población especialmente rural e indígena.

Las barreras culturales en los servicios de salud están dadas por la falta de comprensión de los contextos culturales por parte de los formuladores de políticas, gerentes y personal técnico y de apoyo. *Las barreras sociales* están dadas por el nivel de educación de la población y la discriminación que reciben por pertenecer a otra cultura con características de vida propias. *Las barreras económicas* corresponden a las dificultades financieras que la población tiene para acceder a

la atención en salud por su nivel de ingreso y costo real de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, pérdida de día elaborado) especialmente en caso de emergencia. *Las barreras geográficas* se refieren a las dificultades de acceso a la atención debido a las distancias, medio de transporte y aislamiento geográfico estacional. (Rojas y Shuqair, 1998: 27)

Es así como la organización mundial de la salud (OMS) define la salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo. Pero lo que equivaldría a bienestar para los pueblos indígenas, sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”. Es decir, el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la comunidad (Rojas y Shuqair, 1998:7)

La organización panamericana de la salud (OPS) por otro lado ha señalado que el concepto de salud y enfermedad en comunidades indígenas depende de una serie de factores íntimamente relacionados con las condiciones de vida. “Las medicinas tradicionales forman parte de un conjunto amplio de cultura, la que no se reduce a una serie de recetas para hacer infusiones o curarse un dolor, sino que tienen mucho que ver con la concepción del mundo, de la enfermedad y del cuerpo humano, que ocupa un lugar en la creación y embona con ellas”.(Victoria, 2004:177)

Es por esto que las diversas relaciones e interacciones se presentan hoy en torno al derecho a la salud como derecho garantizado por los Estados hacia los pueblos indígenas que nos muestran las siguientes tres características de éste derecho:

1) Por una parte los pueblos indígenas exigen que se cumpla con el derecho a la salud que en ese sentido tienen todos los ciudadanos del país, implica la no discriminación de los pueblos indígenas por su condición de tal respecto a la accesibilidad, equidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones.

2) Por otra parte, también se exige que estas prestaciones sean pertinentes culturalmente a fin de profundizar los aspectos señalados en el primer punto. Parte de estas exigencias y su incorporación como prácticas interculturales en los servicios públicos de salud han dado como resultado la construcción de una medicina intercultural, que si bien aspira a un modelo de atención en salud incluyente, democrático respetuoso del otro y de su autonomía, hace abstracción del proceso real porque lo sitúa idealmente en el plano de las relaciones igualitarias.

Un aspecto no señalado es el de la salud intercultural referido a las prestaciones de salud de los pueblos indígenas para con el resto de la población no indígena. Aspecto relevante para el análisis de la medicina intercultural ya que de aquí deriva muchas veces la necesidad de regulación exigida por usuarios no indígenas del sistema médico indígena o por usuarios indígenas que exigen que el Estado resuelva la conflictividad generada a partir de prestaciones consideradas inadecuadas.

3) El sistema tradicional de medicina indígena se define en la lógica de lo socio-espiritual-psico-biológico. Por el contrario la salud occidental se asienta en lo biopsicosocial y es aquí donde puede distinguirse una diferencia de sentido que resulta esencial al momento de entender como ambas pueden coexistir y relacionarse en un mismo espacio. La medicina indígena responde al desarrollo de un sistema médico propio, en el sentido sistémico, “concepto que alude a un todo unitario y organizado compuesto por dos o más partes (elementos, componentes o subsistemas) que, por su misma naturaleza, constituye una

complejidad organizada” que se interrelaciona con otros sistemas o subsistemas. Los prestadores de servicios médicos de una cultura indígena, coexisten y se relacionan con el sistema de salud formal. Esto en una perspectiva que no supone una exclusión del uno por el otro pues, la idea central de la propuesta de interculturalidad, es la complementariedad de ambos sistemas. (Caviares, 2005: 31- 32)

Entonces el carácter integral de las diferentes concepciones de salud de los pueblos indígenas de las Américas. Nos permite entender que existe un común denominador dentro de las diversas concepciones, en donde la salud expresa relaciones dinámicas entre componentes inseparables, relaciones dinámicas entre: lo individual (físico, mental, espiritual y emocional) y lo colectivo (político, económico, cultural y social), y entre lo natural y lo social.

Desde esta perspectiva, la Resolución V de la OPS - OMS manifiesta que, “la salud, los procesos salud-enfermedad y los propios sistemas de salud, pueden ser vistos como sistemas culturales. Las acciones puramente medicas en la prestación de servicios de salud, además de las insuficiencias, resultan inadecuadas para enfrentar un perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución, por su parte, las practicas médicas tradicionales, si bien se reconocen como eficientes en el manejo de varias dolencias y síndromes de base cultural, también muestran limitaciones en articular una respuesta efectiva tanto para el control del nuevo perfil de problemas y dolencias originadas por el nuevo contexto(por ejemplo el sida, las enfermedades degenerativas, etc.) a la que los pueblos indígenas si bien están expuestos, carecen de respuestas tanto en el plano biológico (e.g. inmunidad) como en el plano socio-cultural(por ejemplo, las practicas medicas tradicionales.”

Las comunidades indígenas poseen sus propios conceptos de salud y enfermedad, los que han emanado de su visión global e integral del hombre, la

naturaleza y las divinidades, descritas en su cosmovisión. Además están provistos de conocimientos y destrezas para el cuidado de la salud, transmitidos generacionalmente, lo que continúan cumpliendo un rol importante en su vida familiar y comunitaria.

Junto con ello han desarrollado a lo largo de los siglos de existencia un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna, cuyo "eje conceptual" o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad.

Salud para el indígena es territorio, recursos naturales, educación, medicina tradicional, vacunación, educación en salud, capacitación; que no haya contaminación del ambiente; estar sin problemas, sin guerra; tener territorio libre; tener comida suficiente, que sea sana, sin nada de químicos; compartir con la naturaleza; tener agua viva; es el equilibrio físico, mental, social y el bienestar de uno; tener alimentación variada; proporcionar salud y prevención de enfermedad.

La salud, también, se mide no solo sobre la base de la incidencia de enfermedades o epidemias, sino también sobre la presencia de otros componentes como, por ejemplo, la identificación con un territorio sano, una buena provisión de recursos, buena respuesta de los elementos naturales, relaciones familiares y sociales positivas, autorespeto, confianza en los valores culturales, entre otros. Esto son algunos de los componentes de un sistema de salud que, en gran medida, tiene un carácter preventivo.

Es por ello que la medicina tradicional indígena puede entenderse como la armonía y equilibrio entre salud y enfermedad de los pueblos indígenas, que interrelaciona el conjunto de conocimientos y prácticas de salud, preventivas y sanadoras propias de un pueblo indígena, que se encarnan en expertos de dicho

pueblo que la desarrollan y actualizan con la finalidad de mantener la armonía espiritual, física, psíquica y emocional de su comunidad y su entorno.

“Ahora bien la enfermedad no está enfocada como el mero desorden de una mecánica viva, sino como una perturbación del "estar con". Se podría decir de esto que si el acto terapéutico consiste en mantener la frágil dinámica de un ser viviente, la medicina occidental se concentra en el término "viviente", mientras la medicina tradicional se concentra en el término "ser”.” (Asociación ARUTAM, 2000).

Es así como en los sistemas tradicionales de salud, la enfermedad es definida en un sentido social, como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar en donde la mayoría de los pueblos indígenas dividen las enfermedades en dos grupos: enfermedades del campo producidas por causas sobrenaturales-encantos, vientos, espíritus -que actúan autónomamente al ser evocadas o dirigidas por medio de operaciones mágicas y enfermedades de Dios, cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena (Meconi citado en OPS-OMS.1997: 13)

Siendo un hecho biológico, nadie podría negar que la enfermedad también es una sensación individual en parte determinada culturalmente. Las enfermedades de la sociedad están aquí para recordárnoslo. El miedo visceral del envejecimiento o de la muerte que caracteriza nuestra época es un ejemplo, ya que no está compartido para nada por los pueblos de la naturaleza. Lejos de descuidar su existencia, ellos viven con la muerte inminente sin que perjudique por lo tanto el placer de vivir. Con toda evidencia, tal actitud tiene influencia en la manera de vivir la enfermedad, y más allá en como surge y en lo que adviene de ella. Así en todos los grupos amazónicos se encuentra la convicción que la curación solo puede ser instantáneo.

La presencia de una enfermedad se puede detectar de varias maneras. La falta de salud no solo se puede medir con la presencia o ausencia del dolor. El dolor es la maduración de la enfermedad que ha ingresado hasta la vida del individuo. La enfermedad es un ente vivo que ingresa hasta el organismo de la persona, se alimenta de ella misma y por tal razón se desarrolla, mientras las personas se debilitan. Pero ella tiene un contexto, un origen como todos los seres vivos. (Cuyul, 2001: 9)

Existen diferentes técnicas de diagnóstico y pronóstico de las enfermedades: la vela, el cuy, el huevo, la orina del paciente. En general cada terapeuta las usa de acuerdo a su formación, según sus poderes y preferencias. Otros terapeutas diagnostican y pronostican bajo el efecto de las plantas alucinógenas y otros interpretando sus sueños. Los tratamientos incluyen, rituales, plantas, derivados de sustancias humanas, minerales y animales. (OPS-OMS. 1997:13)

La enfermedad, sufrimiento y muerte, así como la motivación por conservar la salud son considerados hechos biológicos y sociales universales. Todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades mediante un sistema de salud que proporcione las acciones necesarias para recuperar la normalidad y procurar el bienestar del hombre. Estos sistemas constituyen complejas redes de cuidado, recuperación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual. (Alarcón, Neira, Vidal, 2003:1062)

De aquí que la salud y enfermedad son una dualidad opuesta y complementaria. Al igual que el bien y el mal. Por lo tanto, las enfermedades se originan por la ruptura del orden prescrito, el equilibrio y la reciprocidad. Así la enfermedad no tendría un carácter causal: el origen residiría en la acción de fuerzas externas, sobrenaturales o sociales. Esta ruptura puede estar dada por una acción propia

(transgresión que hace el individuo) o externa al individuo (la envidia de otras personas) (Said, 2000: 26) o por no cumplir con lo que mandaba la tradición.

El encargado de reestablecer el equilibrio roto a través de una serie de rituales y medicinas propias de causa cultura depende del especialista que requeriramos. Los terapeutas tradicionales reciben nombres de acuerdo con su especialidad, y éstos varían muchas veces de pueblo a pueblo de acuerdo a su historia. Por ejemplo: en la Costa Atlántica de Nicaragua se han mezclado elementos de la cultura indígena con elementos de la cultura negra afrocaribeña, como en el caso de los obiaman con los sukias, los dopi con los espíritus. Entre los pueblos de la Amazonía el líder espiritual es el shamán. En los pueblos de los Andes los terapeutas indígenas se pueden diferenciar, entre otros, a los hierbateros, fregadores, hueseros, limpiadores de mal viento, llamadores de la sombra, curanderos mayores, parteras, chupadores. En el pueblo mapuche la líder espiritual es la machi. (Rojas y Shuqair, 1998:32).

La connotación “mágica” que es propia del curandero/ terapeuta tradicional, entra como elemento catalizador del uso de sus “poderes” por parte de la gente. Según el pueblo al que pertenezca, el curandero/terapeuta es un llamado de Dios o por los cerros. Muchas veces ha empezado a tener “poderes” después de haberse bañado en lagunas o fuentes “bravas”. Ha tenido “suerte” y por lo tanto ha empezado a ejercer su arte médico, ha heredado el arte de curar o es terapeuta en cumplimiento de su misión en este mundo. El curandero en su comunidad es insustituible en cuanto es conocedor profundo de las leyes que regulan el equilibrio y los desequilibrios productores de la salud y la enfermedad. En el los indígenas reconocen al indígena defensor de su propia identidad y al indígena que a través de su arte reafirma los conocimientos y los valores del pueblo (Balladelli citado en OPS-OMS, 1997:14)

Dentro de la dimensión conductual de los sistemas de salud podemos distinguir, entre otros, aquellos procedimientos, acciones y agentes que utiliza un sistema médico para obtener un cierto resultado con los pacientes, el que ha sido denominado Proceso Terapéutico. Este implica: quién (machi, médico, meica, santiguadora, etc.), hace qué (cirugía, ritual, purgas, oraciones, etc.), a quién (individuo o comunidad) y con respecto a qué dimensión de la enfermedad (física, social, mental, espiritual, etc.). Un proceso terapéutico exitoso supone la eliminación de la condición subjetiva de enfermedad y consecuentemente la finalización del rol de enfermo. (Alarcón, Neira, Vidal. 2003:1063)

Todos los sistemas de salud distinguen medios para validar y legitimarse a sí mismos. En la biomedicina por ejemplo, los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos, constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico; raramente un médico aceptará como prueba de una diarrea la intervención de un espíritu maligno en las comidas. Sin embargo, otras culturas aceptarán como fuente de legitimación los sueños de un chamán, signos en la naturaleza, apariciones, etc. La lógica que opera en la definición de salud y enfermedad es la misma en ambos sistemas (una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias), sin embargo difieren en las premisas culturales y pruebas de validación; por ello distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno resultan en diferentes explicaciones de la enfermedad. (Alarcón, Neira, Vidal. 2003:1063)

La credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre médicos y pacientes. (Alarcón, Neira, Vidal. 2003:1063)

Los indígenas por ejemplo Achuar del Ecuador identifican dos grandes tipos de enfermedades. Por una parte, las "molestias" (sunghur) están percibidas como desequilibrios o incluso "errores" causados por la transgresión de tabúes culturales. Por otra parte, los hechizos (tunchi) corresponden a afecciones debidas a flechas tsentsak (fuerzas energéticas) que han atravesado el alma y se hincan en el cuerpo. A la luz de esta clasificación, se puede ver de entrada que toda enfermedad está interpretada como un defecto de interacción entre el individuo y su entorno. Además, los mismos síntomas podrán ser considerados indiferentemente como el primer o el segundo caso. Esto muestra que la manera de vivir la enfermedad domina tanto para el paciente como para el curandero, recordándonos un viejo principio que tendemos a olvidar: está enfermo él que lo dice. (Asociación ARUTAM, 2000).

Para finalizar esta parte me parece interesante mostrar un cuadro comparativo entre medicina tradicional y medicina occidental perteneciente a los rasgos generales de los indígenas, que se encuentran situados en el norte y sur de Chile y que comparten muchos rasgos característicos con los indígenas de Bolivia.

Cuadro comparativo sobre:

Medicina Occidental-alópata y Medicina Tradicional en Chile

Comparación	Medicina occidental-alópata	Medicina tradicional
Agente de salud	<ul style="list-style-type: none"> - idioma español - raza blanca o mestiza - sexo hombre/mujer - edad adulto que se graduó en universidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - idioma quechua o aymara, Mapudungun, Rapa Nui, etc... - raza mestiza o indígena - sexo hombre/mujer - edad anciano y adulto que aprendió del amauta o a través de la herencia

	<ul style="list-style-type: none"> - clase social burguesa o capa media. - selección por elite social - capacitación universitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - clase pobre o media. - selección por tradición. - capacitación por experiencia o herencia.
<p>Lugar de atención,</p> <p>Horario de atención</p> <p>Economía de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ciudad o pueblo/ hospital, consultorio o posta. - fijo, rígido, de día y por las noches se paga más pues solo es por emergencias. - se paga con dinero - medicamentos comerciales 	<ul style="list-style-type: none"> - sector rural/ hogar del enfermo y hogar del especialista. - de día y de noche, flexible - con dinero o animales o víveres - medicina natural
<p>Causa de enfermedades</p> <p>Intereses</p> <p>Trato verbal</p> <p>Auxiliar</p> <p>Instrumental</p>	<ul style="list-style-type: none"> - gérmenes que ataca en el cuerpo - superficial y físico y por sección corporal - interrogatorio individual corto - laboratorio - técnicas modernas 	<ul style="list-style-type: none"> - ecológicas, religiones, psíquicas, morales, espirituales, sociales. - integral, profundo, espiritual, holístico - conversación, dialogo que integra a la familia y el entorno, requiere más tiempo - orina, venas, ojo, pulso - lectura de coca, sueños.
<p>Diagnóstico final</p> <p>Terapia</p> <p>Dieta</p> <p>Medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - somático - individual - alimentos costosos - de laboratorio y costosos 	<ul style="list-style-type: none"> - psicosomático - individual y comunitaria - alimentos adecuados - hierbas medicinales, accesibles

Religiosidad	- ausente	- en permanente dialogo con los espíritus.
Actitudes	- credibilidad	- confianza y respeto
Como acude el paciente	- objetividad	- simpatía y servicio
Rol médico respecto al Paciente	- segregación	- integración

Fuente: adaptación propia del cuadro de Carmen Alarcón, condiciones de salud y pueblos indígenas. en primer encuentro nacional salud, servicio de salud Araucanía sur 1996:32.

4.2 COSMOVISIÓN DE LA SALUD EN EL MUNDO INDIGENA

Uno de los aspectos claves, que se está impulsando en los países de las Américas, es analizar la cosmovisión de la salud desde las poblaciones indígenas como un elemento indispensable para la formulación de políticas públicas de protección social y salud. Se resalta el derecho a la identidad y la obligación del Estado de proteger la diversidad cultural, que implica también el reconocimiento de sistemas de medicina tradicional y su articulación al sistema nacional de salud, como opciones alternativas que, conjuntamente con la medicina occidental, contribuyan a la realización del derecho a la salud.

La cosmovisión contiene ideas de orden, describe el estilo de vida, que se manifiesta como una imagen del “estado real de las cosas”. Esta intrínsecamente relacionada con los valores y la emocionalidad, aquello en lo que profundamente creemos y que, por tanto, orienta nuestra forma de ser y de pensar. En otras palabras, esta vinculada intrínsecamente a lo que entendemos por cultura.

La cosmovisión es el esqueleto de la cultura, sobre esta se construyen los particulares modos de ver y ordenar el mundo, en los diferentes aspectos de la vida, esta puede verse trastocada por los mismos sujetos o por otros.

Cuando hablamos de nuestra salud, estamos hablando de nuestros espíritus, la relación con la naturaleza y de los espíritus de éstos, para lograr que se mantengan estas interrelaciones necesitamos defender nuestra cultura, idioma y creencias. Siendo uno de los objetivos del médico andino propiciar el uso extendido de remedios herbolarios adecuados para tratar dolencias y enfermedades corrientes, ya sea en animales y seres humanos. (Garrido.1996: 73)

La medicina tradicional comprende entonces el conjunto de ideas, aspectos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos. Lo que quiere decir que esta medicina es circunscrita, local, colectiva, anónima y lleva en lo profundo un mensaje universal (Valdivia citado en OPS-OMS.1997:12)

Como ya lo habíamos manifestado a grandes rasgos anteriormente “Para los indígenas, la salud es entendida como el producto de la relación armónica existente entre la naturaleza, los seres humanos y el mundo espiritual. Al romperse alguno de estos tres nexos, el cuerpo se enferma, afectando tanto al individuo como a la familia entera. En este sentido, la enfermedad y la salud son definidas en un sentido social, no solo individual. Para contrarrestarla es necesario restaurar la armonía perdida buscando el favor de los espíritus de la naturaleza y recurriendo a las propiedades medicinales de las plantas”. Los especialistas de medicina indígena curan y protegen a la persona, a la comunidad, al medio natural y especialmente cuestiones del espíritu y sentimientos de las personas, como el amor, la suerte, la tristeza, etc.

Debido a que la milenaria relación con la naturaleza les ha posibilitado una comprensión cabal de la clasificación, composición, usos y protección de las plantas de su hábitat respectivo. Las plantas son parte integral de la cultura y lo cotidiano, sus categorías y usos se entrelazan en lo mágico y religioso de la cosmovisión de los pueblos indígenas. Al abordar el tema de los sistemas de salud tradicionales, se reconoce que estamos frente a algo más que sustancias terapéuticamente potentes extraídas de las plantas medicinales. Por esta razón, entre otras, el tema de las plantas medicinales merece un sitio especial dentro de los sistemas de salud tradicionales y por lo tanto de la cultura de los pueblos indígenas. (Rojas y Shuqair, 1998: 32)

Desde tiempos inmemorables las comunidades nativas han estado haciendo uso medicinal de algunos recursos naturales, por ello representa una contribución de los pueblos indígenas en el tema de la salud, así como la difusión de sus propias prácticas preventivas y curativas. Este trabajo se ha hecho con el apoyo de muchas personas indígenas, sobre todo aquellas que compartieron sus conocimientos y prácticas sobre el uso de las plantas medicinales, sobre la medicina indígena en general. (Garrido.1996:73)

En la medicina indígena hay muchos tratamientos que se encuentran al alcance de todos, las experiencias que se han tenido y que han sido satisfactorias a través de los conceptos y prácticas que a su vez conducen a un tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad, por eso existe la preocupación por mantener buenas relaciones con la madre tierra que es la Pachamama, plantas y animales. Para compartir la naturaleza se requiere práctica de una disciplina y el respeto de los conocimientos y enseñanza dejado por nuestros ancestros. (Garrido.1996: 73)

En concordancia con la cosmovisión particular de cada etnia, se establecen las tipologías o clasificaciones de las enfermedades, lo mismo que de los remedios.

Cada comunidad indígena representa una particularidad en el reconocimiento de las enfermedades generadas por el desequilibrio con la naturaleza y con el cuerpo

En la cultura aymará por ejemplo la medicina y enfermedad, son generalmente entendidas como un resultado de la pérdida del equilibrio de la estabilidad en las relaciones entre el hombre y la naturaleza. La práctica de la medicina indígena fundamentalmente está dirigida a restablecer este equilibrio o estabilidad o normalidad. (Garrido.1996: 73)

La medicina mapuche posee una forma de diagnóstico y tratamiento que incluye ceremoniales sustentados en las bases de la religión mapuche, que entrega pautas normativas respecto de las enfermedades, su significado, origen y tratamiento. De esta manera las enfermedades tienen su origen por causas naturales, transgresiones, de normas y reglas sociales propias o de orden espiritual.

Para el mapuche la salud esta integrada a todos los fenómenos de la vida misma, el estar bien o el estar mal, reflejan un estado de salud. En cada momento que se vive, por cotidiano que este sea, se va evaluando el estado de salud y el transcurso de la vida. (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2004:12)

La salud para el pueblo mapuche significa un estado de armonía entre el ser humano, su comunidad y el medio ambiente, por cuanto busca establecer un equilibrio socio-espiritual y psico-biológico, en el que el cuerpo, mente, emociones y espiritualidad se integran recíprocamente.

En cada pentukun, acto posterior al saludo, en cada encuentro que se da entre personas, existe un momento para preguntarse (chumleymi) por su estado de salud, el de su familia y de la comunidad entre otros. En este sentido el pentukum es una evaluación constante de las personas acerca de si mismos, de su familia y de su entorno. En contextos rituales los pentukun han de ser formales y ello implica que han de ser más profundos y complejos. Ante esta situación de aculturación

acelerada, lo preocupante, es que estos espacios y contextos son cada vez menos frecuentes. (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2004:12)

Muchas enfermedades o Kuxan según la cosmovisión mapuche son consecuencias de una transgresión contra las normas del universo o Waj Mapu.

Ese cuerpo de normas, o Az Mapu, regulan la relación entre seres humanos y su entorno como con los otros seres vivos y fuerzas del Waj Mapu. Esa relación está basada en una reciprocidad y equilibrio entre los seres, fuerzas y cuando una persona transgrede una de las normas, quiebra ese equilibrio y entonces se enferma. La enfermedad puede tener múltiples formas pero la causa siempre proviene del comportamiento del individuo o de un miembro de su familia. (Cuyul, 2001:10)

De la misma forma que los otros pueblos de América latina, los mapuches también han dividido el cosmos en unidades que poseen polos opuestos y complementarios entre sí, refiriéndose al bien y al mal, representados por espíritus y fuerzas y vientos. y comparten una visión totalizadora del hombre, la naturaleza y lo sobrenatural. Todo se carga de religiosidad, dentro de la que está incluido el ser humano. (Said, 2000: 25-26)

Entonces el estar bien, consiste en que el individuo como tal esté en equilibrio consigo mismo y además lo esté con sus pares, su familia, sus seres cercanos y queridos. También debe estar en equilibrio con su comunidad, es decir con su entorno social, cultural, político, ambiental territorial, religioso y cósmico.

El estar mal da cuenta entonces de un desequilibrio consigo mismo, con los demás y con su entorno.

La presencia de una enfermedad se puede detectar de varias maneras. La falta de salud no solo se puede medir con la presencia o ausencia del dolor. El dolor es la maduración de la enfermedad que ha ingresado hasta la vida del individuo. La

enfermedad s un ente vivo que ingresa hasta el organismo de la persona, se alimenta de ella misma y por tal razón se desarrollo, mientras la persona se debilita. Pero la enfermedad tiene un contexto, un origen como todos lo seres vivos. (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2004:14)

Esta cosmovisión expresa su forma particular de estar en el mundo y plantearse como ser humano. Según Marileo, en base a esta cosmovisión, que plantea una relación entre el ser humano, la tierra y lo sobrenatural, se crean espacios de comunicación y creencias las que han dado origen a las normas (Ad Mapu) y pautas de comportamiento del mapuche. (Marileo, en Said, 2000:25)

Según Luca Citarella, la cosmovisión mapuche se expresa en la existencia de reciprocidad entre los hombres y lo divino o sobrenatural, lo que sustenta su sentido de vida, siendo fundamental la mantención del equilibrio y el respeto del mundo sagrado. (Said, 2000:28)

En cambio en la sociedad nacional Boliviana se han ido “desestructurando muchos elementos de su cultura, el médico andino no ha estado ajeno a este proceso, cada vez es más difícil encontrar especialistas en la Región. Subsisten yatiris, parteras, compondores de huesos, sabemos que el médico andino todavía está presente en la zona. El Yatiri es el principal especialista médico andino que existe en la Región, se trata de un chamán que goza de una especial importancia y prestigio, ya que es respetado por las comunidades como mediador entre los Espíritus y el Hombre, es el encargado de hacer los sacrificios en tiempos de crisis y ritos calendarios andinos. Sabe ver la estabilidad del hombre en las hojas de la coca y predecir acontecimientos futuros, puede realizar rito de **Vilancha** a los **Malkus** y la **Pachamama** y a otros. El concepto que le dan algunas personas no indígenas es que el médico andino es un brujo”. (Garrido.1996: 72)

La cosmovisión indígena andino concibe “que el hombre se compone de tres elementos vitales: el alma (athun ajayo – es el espíritu o soplo divino de Pachaqama, que transmite al ser las facultades de pensamiento, de la sensibilidad, del movimiento. Si el alma sale del cuerpo sobreviene la muerte porque el alma es la vida-), el cuerpo astral o anímico (juchchui ajayo – tiene la virtud de salir del cuerpo ya sea en forma voluntaria o de forma obligada, así, cuando el cuerpo descansa durante el sueño su ánimo sale a veces del cuerpo y vaga por el mundo exterior, vuelve al cuerpo a la hora que despierte el individuo de su sueño, que si no ocurre tal cosa, le sobreviene la temperatura, malestar del cuerpo, dolor de cabeza, etc., signo o característica de que el cuerpo no está completo por haber salido su ánimo de él y no haberse restituido oportunamente-) y el cuerpo material donde se hallan encarnados ambos ajayos. (Franchi y Solorme, 2006).

La doctrina del Animismo, dice que alma es “la anima de todas las reacciones vitales de la materia en el hombre; no formando parte indisoluble de ella, sino circunstancialmente mientras dura el ciclo vital, y hasta independiente porque goza de eternidad y contrariamente a la materia, al cuerpo físico, que con la muerte se destruye y desaparece, es la que prima en las creencias de la mayoría de las religiones del mundo.” (Franchi y Solorme, 2006).

En su cosmovisión, la definición de salud proviene de una analogía entre el cuerpo humano y la tierra, los animales, las comunidades, la realización personal y el respeto de las costumbres. Una visión que toma auge en el mundo occidental. Para los kallawayas, las montañas, los lagos, la lluvia, el sol, las plantas y los animales son seres vivos, con familia, con casa, con nombres. "Para tener buena salud hay que darle de comer a la montaña", dice Hilarión, curandero kallawayaya. (Franchi y Solorme, 2006).

Los rituales son de gran importancia para las curaciones. Las ofrendas a la Pachamama buscan restablecer el equilibrio vital del cual todos dependemos. En los rituales kallawayas están representados tres niveles ecológicos: fetos y grasa de llama para el altiplano, claveles para los valles altos, algodón y flores de coca para la región subtropical.

Cada nivel ecológico debe estar representado por un grupo de alimentos para que la montaña sea satisfecha y proporcione salud al hombre. Esta relación simbólica entre los hombres y los niveles ecológicos ofrece una alimentación relativamente completa y variada, factor universalmente reconocido para prevenir enfermedades.

Es en la prevención donde se sitúa toda la fuerza de la medicina kallawayaya. El origen de la enfermedad no se busca únicamente en el organismo del paciente, sino también en el conjunto de sus relaciones con el trabajo, la familia y las actividades cotidianas.

Los kallawayas nos enseñan que la salud reside en el equilibrio entre el hombre y su entorno. Para los occidentales, este tema transgrede la lógica cultural, científica, política y económica. Sin embargo, cada día podemos constatar, con solo mirar a nuestro alrededor, que la promoción de productos biológicos, de medicinas suaves y de regímenes alimenticios sanos incentiva la apertura hacia la naturaleza en la vida diaria de los hombres del tercer milenio.

Para finalizar me gustaría explicar un poco más el modelo que define la comprensión de la cosmovisión de la salud en la medicina indígena, el cual está caracterizado por el equilibrio socio-espiritual-psico-biológico:

ESPIRITUAL: Existe comunicación espiritual, Se transmiten conocimientos de la tradición se interiorizan sabiduría y significados, Se practican curaciones, Se realizan actos propiciatorios.

INDIVIDUAL: Se siente bien consigo mismo, No existe complejo de inferioridad, Se practica disciplina alimenticia y sexual, Se limpia cuerpo-mente con plantas, Se respetan normas de conductas.

SOCIAL: Se cuidan ubicación y limpieza de la casa, Se valoran fiestas, cantos, danzas y músicas, la gente se ayuda mutuamente, hay reciprocidad, Las mujeres cultivan plantas alimenticias y medicinales, Los chamanes cuidan la integridad psico-social del grupo.

AMBIENTAL: Se cuida y valora el territorio, Se practican normas de respeto del medio ambiente. Se realizan actos propiciatorios a los elementos naturales, Los chamanes mantienen el equilibrio sociedad-naturaleza.

4.3 PROPUESTAS PARA LA COMPLEMENTARIEDAD ENTRE SISTEMAS MÉDICOS

Para finalizar este capítulo, me parece necesario plantear lo que se ha tratado de incorporar en estos años a la discusión del tema de la salud que es la complementariedad de sistemas médicos.

Los esfuerzos por flexibilizar los criterios exclusivamente alópatas e institucionales y permitir la interacción de la medicina occidental con la medicina tradicional, aun son limitadas por problemas que persisten, los cuales se pretenden subsanar en el tiempo. Estos problemas son:

- No se les reconoce e inclusive se les persigue. Entre la población mestiza existe mucho desconocimiento del trabajo de los médicos tradicionales, hay confusión entre las actividades de un medico tradicional; sin embargo, la mayoría de la población no indígena no distingue la diferencia entre un chaman

y un brujo por lo que se aplican los mismos calificativos y actitudes de desaprobación. Esto por que antiguamente, el tribunal de la santa inquisición tenia una clasificación no muy clara de delitos como:

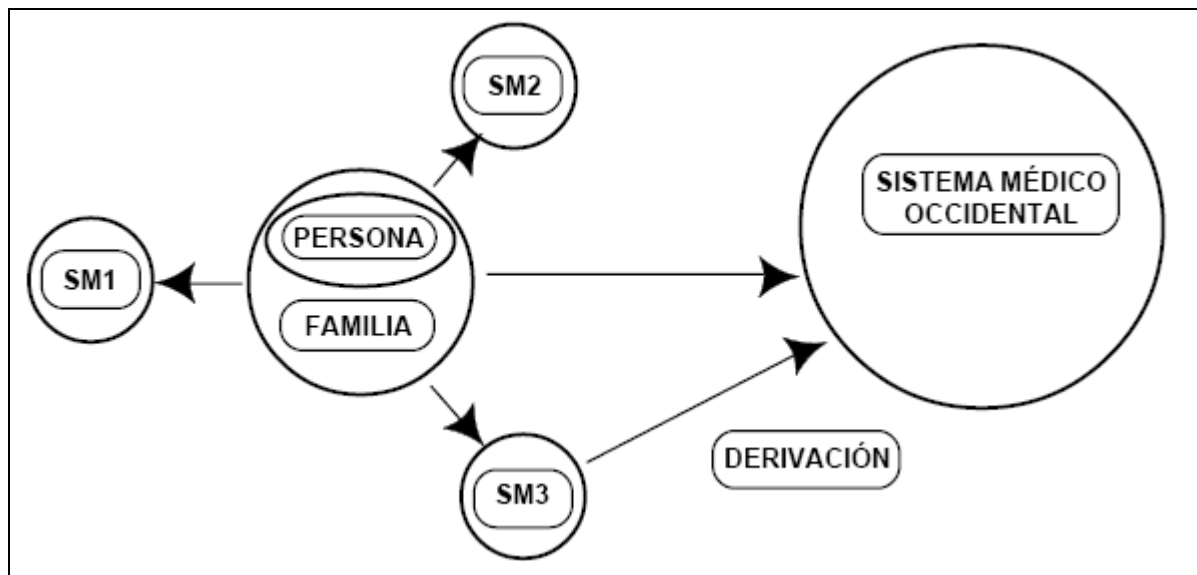
- Hechicería, superstición, embuste. Curandería, hierbas, suciedad y alcahuetería. Agoraría, sortilegio y adivinación. Maleficios e inducción a el. Brujería, pacto, trato y comercio con el diablo. Blasfemia, apostaría, idolatría.
- No existe apoyo generalizado para la difusión de los jardines botánicos y huertos medicinales.
- Los caciques en muchas comunidades multan a los practicantes por curar aduciendo que se trata de una actividad ilegal.
- Los médicos alópatas se pelean con ellos. Al ser médicos tradicionales, los médicos alópatas los desprecian, desconocen sus métodos de trabajo y los desautorizan de antemano. Una de las medicas tradicionales señalo que su casa esta junto al centro de salud donde un pasante estaba llevando a cabo su servicio social. La médica tradicional se había acercado a la medica pasante y la había invitado a su casa a tomar café, a platicar, a limar asperezas y dejarle saber que cada una tiene su campo de atención y pueden ser complementarios.
- Cuando las autoridades son de otras religiones como los evangélicos o testigos de Jehová o de grupos como visión mundial, impiden la aplicación de sus sistemas curativos y les prohíben al resto de la comunidad.
- Se les acusa falsamente de narcotráfico por el uso de hierbas medicinales. (Victoria. 2004:193-194)

Las medicinas tradicionales no han permanecido estáticas, son dinámicas y se han adaptado a las influencias culturales ajenas a su grupo, al descubrimiento de nuevas plantas, en resumen responden a la dinámica social. Dado que la salud y enfermedad son dos componentes básicos a tomar muy en cuenta en todo programa de desarrollo de la comunidad, el concepto de coordinación multisectorial debe comenzar por la orientación del personal directamente responsable de las actividades de atención primaria. Es necesario para ello tomar en cuenta las necesidades sentidas por una comunidad y también tener presente que las necesidades de la población no necesariamente están en el área convencional de la salud. (Victoria. 2004:179)

De esta forma, los sistemas tradicionales de creencias y practicas medicas y el recurso de los curanderos indígenas, persisten en gran medida porque satisfacen necesidades que no están cubiertas por otro sistemas, como lo son el amplio conocimiento de las enfermedades locales y la herbolaria, la calidez, el apoyo psicológico, el respeto al pudor, a asistencia a domicilio y la gratuidad o el pago en especies, aspectos que el sistema oficial de atención de salud no tiene, lo que dificulta su aceptación. (Victoria, 2004:182)

En el aspecto operacional la interculturalidad en salud se expresa en la coexistencia de diferentes tradiciones médicas en un mismo espacio territorial y clínico (relación sanador - enfermo). Sin embargo el contexto social en que se dan esas relaciones está determinado por condicionantes histórico y políticas que se reflejan en las posiciones de poder que las respectivas culturas de referencia tienen en relación al contexto nacional. Por lo tanto, otra característica de la salud intercultural actual, es que la salud y medicina indígena está en una situación de inferioridad y subordinación a la salud y medicina oficial occidental. Esta coexistencia o relaciones entre sistemas médicos han sido vistas como complementarias, articuladas, en interacción, en conflicto o competencia. (Servicio

de Salud Araucanía Sur.1996: 87), como lo presentamos en la siguiente figura a modo de aclaración.

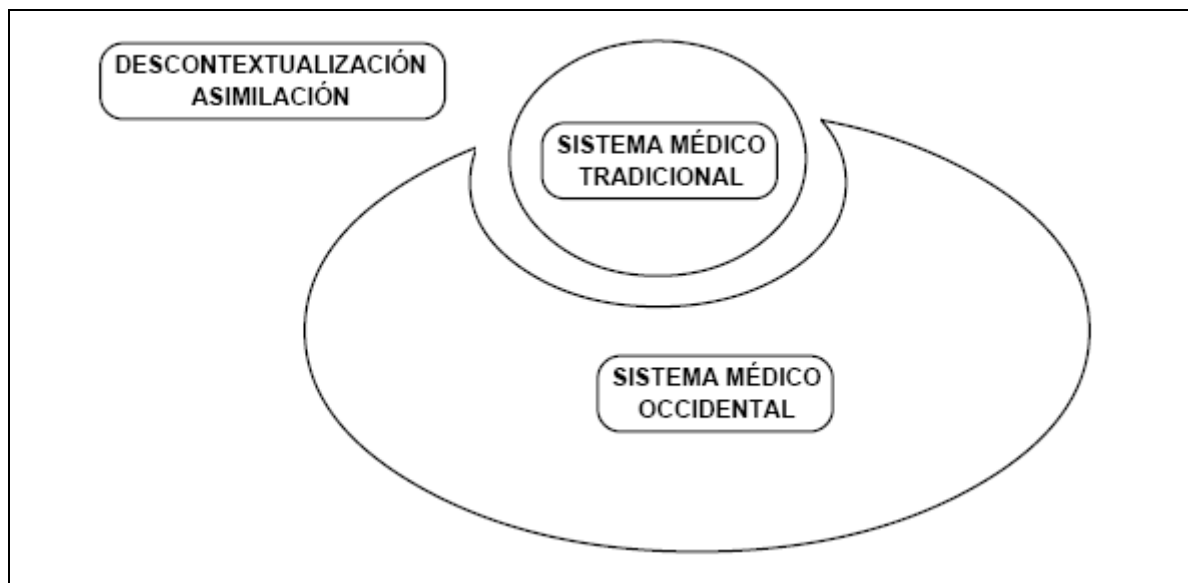


Fuente: Panel coexistencia de sistemas médicos. Servicio de Salud Araucanía Sur.1996: 87

Ahora en los intentos de complementariedad de sistemas médicos podemos encontrar que:

1. En un espacio de coexistencia de Sistemas Médicos existe complementariedad, pero también existe antagonismo, competencia, asimilación, intolerancia, descalificación y persecución, etc.
2. La complementariedad se da al nivel de las personas que, en la búsqueda de su sanación, recurre a diferentes sistemas médicos. La complementariedad no siempre está exenta de conflictos.
3. Entre Sistemas Médicos la complementariedad se da a nivel de los agentes, únicamente a través de las derivaciones que hacen los especialistas de la medicina tradicional hacia la medicina oficial.

4. La complementación entre sistemas puede constituir un PELIGRO para el Sistema Médico Tradicional, si no existe el reconocimiento y el respeto, de descontextualización y/o asimilación de éste por el sistema médico dominante, como se esquematiza en la siguiente figura:



Fuente: Panel coexistencia de sistemas médicos. Servicio de Salud Araucanía Sur. 1996: 87

5. por ultimo en términos ideales, la complementariedad entre Sistemas Médicos en un justo equilibrio sólo se dará si existe un marco jurídico y legal que garantice un status político similar entre ellos.

A raíz de ello es que en la atención primaria ha considerado como uno de sus componentes fundamentales a articulación entre los servicios básicos de salud con la medicina tradicional y el saber popular. Incluso , su principio de equidad, manifestado por la justicia e imparcialidad exige el reconocimiento de la existencia de necesidades diferentes las que a su vez responden a la diferencia cultural y de conceptos de salud que tienen las personas, en especial aquellas de los grupos mas desaventajados.

El reconocimiento de la diversidad cultural, conlleva a abrir espacio de comunicación entre los grupos étnicos y los sistemas de salud, a partir del reconocimiento de las formas en que conciben la salud y cuidan de ella.

La salud interculturalidad debería favorecer un proceso de revaloración y revitalización de las culturas medicas tradicionales indígenas (modelo racional holístico) y también de la biomédica (modelo biopsicosocial o multicausal). Debería al mismo tiempo favorecer una formación armónica en que conviven e interactúan valores y conocimientos culturales de diferente origen, sin rupturas y abandono de lo propio.

Estrategias para la complementación a nivel de sistemas médicos:

- Un primer enfoque, propone partir desde lo local y tomar en cuenta las necesidades de la comunidad para diseñar estrategias conjuntas. Algunos ejemplos corresponden a lo que se conoce como “Abordaje Conjunto” planteado por W. Arrué, o el “**We Kimün**” o *Conocimiento Nuevo* desarrollado por el equipo del Programa de Salud con Población Mapuche del Servicio de Salud Araucanía y las experiencias con promotores de salud mapuche elegidos por la comunidad.
- Un segundo enfoque, aunque expresado en forma minoritaria, propone combinar prácticas de medicina oficial y tradicional; por ejemplo, incluir al agente de medicina tradicional en las visitas clínicas que el médico oficial realiza al interior de los centros de salud.
- Una tercera estrategia apunta a mejorar la calidad de la atención con enfoque intercultural. Por ejemplo, permitir la complementariedad de las prácticas y tratamientos, adecuar el espacio en las hospitalizaciones respetando las creencias y tradiciones, mejorar la comunicación incorporando espacios interculturales como

la experiencia de Amuldungun desarrollada en Araucanía. (Servicio de Salud Araucanía Sur.1996: 87)

En resumen podemos decir que la medicina tradicional maneja sus propios conceptos de salud y enfermedad los cuales están íntimamente relacionados con guardar un equilibrio tanto a nivel social, espiritual, psicológico, biológico, como de lo que me rodea y de la comunidad.

Lamentablemente el sistema oficial de salud no lo considera como una medicina valida y sigue discriminando y esperando que los indígenas se comporten olvidando toda su carga cultural, por lo que son victimas de malos tratos y de una atención deficiente.

Se espera por lo demás, cambiar esta visión negativa y lograr la complementariedad de sistemas médicos, en donde si bien hay algunos intentos de trabajo en esta línea, no es suficiente, pues requiere un cambio de mentalidad de la medicina occidental específicamente de los profesionales de alto rango, los cuales deben entender que el complementar los saberes médicos, cada uno en su campo de acción, permitirá una atención mas efectiva en beneficio de los pacientes, que al fin y al cabo es lo que se busca conseguir.

CAPITULO V

ANALISIS COMPARATIVO

Antes de iniciar el análisis de los datos, me parece importante realizar una breve revisión de los motivos que me impulsaron a realizar este estudio, los objetivos de este, y además de información general que nos permitirá entender y contextualizar de mejor forma la información que este capítulo presenta.

Para comenzar me parece importante recordar que en la región de las Américas viven más de 400 pueblos indígenas diferentes y de estos pueblos hemos seleccionado a dos países que presentan una diferencia importante de su población indígena como lo son, Bolivia en donde el 50% de la población es Indígena y en Chile esta población representa el 4.6% de su población total, pero que han incorporado el tema indígena a sus políticas de salud, que han trabajado el tema desde hace mas de una década y que cuentan con demandas claras para sus gobiernos en este sector.

Es así como decidí realizar un análisis comparado de políticas de salud en contextos multiculturales, en donde los documentos que sirvieron al análisis fueron para el caso de Bolivia el borrador de la política de Medicina Tradicional y Salud Intercultural que piensa convertirse en política estatal en seis meses aproximadamente, el cual fue obtenido gracias al apoyo del señor Jaime Zalles, el actual viceministro de este ramo, en la administración de Evo Morales como presidente de Bolivia y, para el caso de Chile, el documento utilizado fue el borrador de trabajo sobre La política de salud y pueblos indígenas elaborada por la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud de Chile, el cual pretende convertirse en política estatal dentro del presente año 2006, y que se obtuvo en su lanzamiento oficial por parte del gobierno.

Mi objetivo general fue el siguiente:

- Realizar un análisis comparado de las políticas de salud en pueblos indígenas en Bolivia y Chile, en donde se pretende buscar las diferencias y concordancias de cada uno de las variables seleccionadas.

El hilo conductor de mi investigación por tanto se centra en la siguiente pregunta:

¿Cómo están diseñadas las políticas de salud en los contextos multiculturales de Bolivia y Chile?

La hipótesis que planteo hace referencia a que “las políticas de salud y pueblos indígenas existentes no responden a las necesidades y demandas de salud de los pueblos indígenas y son de carácter vertical; esto ocurre porque los gobiernos están acostumbrados a trabajar de forma paternalista y por ende tienden a suponer lo que las minorías requieren, lo que es una realidad en los países de América Latina y entre ellos Bolivia y Chile”.

Mi objetivo general fue el siguiente:

- Realizar un análisis comparado de las políticas de salud en pueblos indígenas en Bolivia y Chile.

Los Objetivos Específicos fueron expresados de la siguiente manera.

- Conocer cómo están diseñadas las políticas de salud y pueblos indígenas en Bolivia y Chile.
- Conocer la concepción de Salud, Multiculturalidad e indígena que se encuentra como base de las políticas de salud en Bolivia y Chile.

- Conocer si las políticas de salud de salud son coherentes o sea que mantengan una relación lógica entre las partes que la constituyen (objetivos, presupuestos, y modelo de operación).
- Conocer y Analizar el diseño de las políticas y cómo se piensa la implementación de esta política.

Es por este motivo que a través de este cuadro comparativo realizaremos el análisis anteriormente mencionado. Aunque los dos países tienen poblaciones indígenas en diferente magnitud y porcentaje sobre su población como ya lo mencionábamos anteriormente, sus gobiernos han explicitado en diversos momentos la intencionalidad de políticas específicas de atención a este sector. En esta comparación, nuestra intención es mostrar en qué cosas coinciden y en qué cosas difieren; en algunos puntos también veremos que solamente en un país se expresan ciertas intenciones, planes, etc. sin que tenga contrapartida en el otro.

5.1 CUADRO COMPARATIVO

	CHILE	BOLIVIA
Institución a cargo de implementar la Política	Unidad de salud y Pueblos Indígenas. Departamento de Atención Primaria. Ministerio de Salud.	Viceministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural.
Misión		El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad tiene la misión de velar por la preservación y fortalecimiento de las medicinas tradicionales basadas en la utilización de recursos naturales de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias de la patria, de modo que trabajen en forma complementaria y articulada con el sistema público de salud, en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural

Visión		En el año 2010 tendremos una buena articulación entre el sistema público de salud respetuoso de las culturas originarias, cercano a las medicinas tradicionales, que han recuperado y desarrollado sus potencialidades para responder a las crecientes demandas de atención y defensa de la salud de la población boliviana.
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, de 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.	Contribuir a que la población boliviana alcance mejores niveles de nutrición y salud mediante un modelo de atención y gestión de salud: abierto, equitativo y con capacidad resolutoria en todos sus niveles, con el enfoque intercultural siempre presente
Objetivos General	<ol style="list-style-type: none"> 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 indígenas 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 	Lograr que todas las redes de servicios de salud actúen en forma convergente con la medicina tradicional, con enfoque intercultural, con equipamiento e infraestructura certificados y con disponibilidad de insumos esenciales para los problemas priorizados en la política de salud.

	<p>indígenas en salud.</p> <p>8. Mejorar la calidad y pertinencia cultural de las acciones de salud, a través de estrategias de formación y desarrollo de recursos humanos.</p> <p>9. Implementar programas de mejoría de calidad de la atención de salud, con pertinencia cultural.</p> <p>10. Mejorar la accesibilidad cultural, física y administrativa a la atención de los pueblos indígenas.</p> <p>11. Ampliar la incorporación de los pueblos indígenas a las estrategias desarrolladas por FONASA para mejorar el seguro público de salud.</p> <p>12. Contribuir a la disminución del riesgo de transmisión de enfermedades provocadas por factores ambientales en comunidades indígenas.</p> <p>13. Acrecentar la coordinación de acciones intra e intersectoriales orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos originarios</p>	
<p>Objetivos Específicos</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Formular, desarrollar e implementar medidas de políticas públicas, normas y procedimientos de salud intercultural. 2. Mejorar la accesibilidad a los servicios públicos de salud mediante la articulación efectiva de la medicina tradicional y la medicina académica 3. Fortalecer las medicinas tradicionales en sus contextos culturales, sociales e institucionales con la participación de las organizaciones indígenas y originarias. 4. Incrementar el conocimiento y mejorar las prácticas nutricionales y sanitarias de los individuos, familias y comunidades.
<p>Resultados Esperados</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Política y normas de salud intercultural implementadas 2. Los proveedores de los servicios de salud responden a criterios de calidad con enfoque intercultural 3. La población conoce, participa organizadamente y decide planes de salud interculturales 4 Las Organizaciones Indígenas y Pueblos Originarios implementan sus propios planes de salud y sus propios centros de enseñanza y aprendizaje de sus propias medicinas.

		<p>5. Redes de servicios de salud adecuadas para atención de calidad con enfoque intercultural</p> <p>6. Medicina Tradicional fortalecida y relacionada activamente con el desenvolvimiento del sistema nacional de salud</p>
Política, programas y normas de salud intercultural implementada a la fecha	<p>1. Equipos encargados del Programa de Salud y Pueblos Indígenas en 18 Servicios de Salud. Con financiamiento para realizar las acciones adecuadas para cada región y grupo étnico con el que se trabaja en donde se rigen por lineamientos estratégicos desde el ministerio.</p> <p>2. Creación del Primer Hospital Intercultural</p> <p>3. Asesores Culturales en los centros de salud de cada región en donde se encuentre el programa trabajando.</p>	<p>1. Política de salud intercultural (ley) implementada en todo el SNS</p> <p>2. Guías y protocolos de nutrición, maternidad, AIEPI, SSR, adolescentes, adecuados interculturalmente</p> <p>3. Nuevas inversiones (construcciones y equipamiento) adecuados a sus contextos</p>
Logros a la Fecha	<p>1. Apoyo a la elaboración del primer diagnóstico de salud de los pueblos indígenas.</p> <p>2. Equipos encargados del Programa de Salud y Pueblos Indígenas en 18 Servicios de Salud. En donde se ha conseguido que exista un trabajo intercultural inédito en perspectiva sanitaria habitual, surgidas en el proceso como lo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>3. Capacitación mutua: docentes indígenas y docentes no indígenas</p> <p>4. Trabajar con organizaciones indígenas en forma sostenida</p> <p>5. Experiencias de co-gestión: Hospital de Maquehue, IX Región; Chiloé, X Región</p> <p>6. Iniciar un trabajo intersectorial a nivel de gobierno, regional coordinado por Intendentes</p> <p>7. Contar con recursos financieros específicos</p> <p>8. Definición de una Política de Salud y Pueblos Indígenas, en el marco de la reforma en salud</p> <p>9. Suscripción de un Convenio de Cooperación con la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI)</p>	<p>Los proveedores responden a criterios de calidad con enfoque intercultural</p> <p>1. Capacitación permanente del personal de salud con enfoque intercultural</p> <p>2. Capacitación permanente de parte de los médicos tradicionales en beneficio de sus nuevas generaciones.</p> <p>3. Se consolidan planes de capacitación, similares para todos los centros educativos, para formar técnicos operativos dentro de la medicina tradicional y natural.</p> <p>4. Cursos de pre y postgrado en todas las facultades de ciencias de la salud</p> <p>5. Competencias interculturales del personal fortalecidas</p> <p>La población conoce, se organiza y participa en planes de salud interculturales</p> <p>1. Consolidación de la Mesa de Salud Intercultural, con participación de los grupos étnicos.</p> <p>2. Mecanismo de supervisión y asistencia técnica</p> <p>3. Estrategia de comunicación implementada, especialmente en nutrición</p> <p>Las Organizaciones Indígenas y Pueblos Originarios implementan sus propios planes de salud</p> <p>1. Autodiagnósticos</p> <p>2. Perfiles epidemiológicos culturales</p> <p>3. Planes de salud (CIDOB, CSUTCB, CONAMAQ...)</p> <p>Redes de servicios de salud adecuadas para atención de calidad con enfoque intercultural</p>

	<p>10. Desarrollo de investigaciones en materia de salud y pueblos indígenas.</p> <p>11. inicio de un proceso de recuperación, fortalecimiento y valoración de la Medicina Indígena</p> <p>12. Construcción de un marco de referencia sobre la problemática de salud y pueblos indígenas.</p> <p>13. Desarrollo de una línea de trabajo en epidemiología e interculturalidad en salud.</p>	<p>1. Planes Departamentales y Municipales de Salud Intercultural</p> <p>2. Albergues familiares y comunitarios en centros de segundo nivel</p> <p>3. Redes aplican protocolos de atención intercultural</p> <p>4. Centros de salud con huertos y farmacias mixtas</p> <p>5. Médicos y parteras tradicionales articulados en el trabajo de los centros</p> <p>Medicina tradicional fortalecida y relacionada activamente con el desenvolvimiento del sistema nacional de salud</p> <p>1. Investigaciones sobre medicina tradicional con y para médicos tradicionales</p> <p>2. Generación de instancias de recuperación y recreación de la medicina tradicional.</p>
<p>Programas Estratégicos Sectoriales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. Esto 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, medio ambiente 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. • Se requiere avanzar en la creación de condiciones para la incorporación de la 	

	<p>condición étnica a los sistemas de registros estadísticos de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud (transversalizar). • Implementación de estrategias que permitan avanzar en el desarrollo una Epidemiología con enfoque intercultural. • Realizar convenios con universidades para incorporar en la enseñanza de pregrado el enfoque intercultural en la formación de profesionales y técnicos de salud. • 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. • Capacitar a las distintas unidades de medio ambiente en zonas de alta concentración de población indígena en cosmovisión y cultura indígena del medio ambiente. • 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 • La adecuación de infraestructura a las prácticas culturales de manejo de enfermos. • Considerar elementos de orientación y luminosidad acordes a cosmovisión indígena. • Señalética adecuada interculturalmente. • Considerar espacios de acogida para la familia. • 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 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
Temas Prioritarios		<ol style="list-style-type: none"> 1. Formular una política efectiva, de Estado, ampliamente debatida y profundamente enraizada en la experiencia nacional e internacional. 2. Debemos realizar una estrategia de valoración, producción ecológica, de calidad y mercado interno y externo de los alimentos bolivianos considerados "Estrella": Quinua, Qañawa, Amaranto, Tarwi, Maca etc (Protocolos y Estrategia de Comunicación) 3. Hacer que las investigaciones ya realizadas con éxito como es el caso de la savia del Plátano guayaquil para la TB, como de la Evanta para la Leishmaniasis, se apliquen en formas farmacéuticas donde se necesiten. 4. Promover cadenas productivas de las plantas medicinales cultivadas ecológicamente, para elaborar medicamentos de calidad, con licencia para surtir las boticas populares y la demanda tanto nacional como internacional. 5. Facilitar la elaboración de productos farmacéuticos como jarabes expectorantes, pomadas, cremas, linimentos, tinturas y otros que se multipliquen en otras formas farmacéuticas y añadir medicamentos derivados de los aceites esenciales y

		<p>derivados de la colmena</p> <p>6. Hacer que la medicina tradicional de cada región se recupere y se valore, se aprenda y se enseñe en Institutos de cada región y en los distintos niveles educativos desde la escuela hasta la universidad.</p> <p>7. Incorporar en el pensum y los currículos de las Facultades de Ciencias de la Salud, tanto la Antropología Médica, como la Interculturalidad en la Salud, el conocimiento de la Cosmovisión de las Medicinas Tradicionales de cada departamento, y las lenguas, valorando la sabiduría boliviana en esta materia</p> <p>8. Que en cada región se inicien cursos de su Medicina Tradicional en que personas de conocimiento, por turnos, capaciten a las nuevas generaciones, haciendo uso del "Calendario Agrícola" (respetando los tiempos de siembra y cosecha como vacaciones), en su propia lengua y sistematizando el conocimiento impartido, de modo que se elaboren los propios textos de enseñanza</p> <p>9. Aprovechar las redes y medios de comunicación tanto televisivas radiales y otras para difundir mensajes, consignas, recetas y conocimientos técnicos acerca del valor de los alimentos y de las plantas medicinales bolivianos de cada región, en sus propias lenguas</p> <p>10. Apoyar la ejecución de los planes de CIDOB, CSUTCB, CONAMAQ (Autodiagnósticos, censo de parteras/os y médicos tradicionales, Demandas, Constituyente)</p> <p>11. Otorgarles una acreditación cuando sus comunidades de origen los garanticen en un documento de apoyo a sus cualidades.</p> <p>12. Tener un Reglamento consensuado y claro para los que ejercen otro tipo de medicinas naturales, alternativas o complementarias</p> <p>13. Profundizar y extender la implementación de la atención de la maternidad con enfoque intercultural, hacia otras regiones y en otros temas prioritarios.</p> <p>14. Habilitar a las redes de servicios para el trabajo conjunto con médicos y parteras tradicionales</p> <p>15. Adecuar infraestructuras y equipos</p> <p>16. Capacitar personal</p> <p>17. Dinamizar las Jefaturas Departamentales de Medicina Tradicional</p>
--	--	---

		<p>18. Abrir oficinas de salud intercultural en hospitales</p> <p>19. Establecer farmacias mixtas, huertos y albergues.</p>
<p>Principios de la política</p>	<p>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: 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	

	<p>indígenas poseen un patrimonio cultural 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.</p> <p>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.</p>	
<p>Principios que contribuyen a la orientación del Modelo de atención con enfoque intercultural</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Complementariedad: la atención de salud debe favorecer el respeto y la colaboración entre los sistemas médicos de medicina oficial e indígena.</p> <p>Participación: derecho a la participación sistemática. Este modelo de atención debe ser construido desde la participación de la población y organizaciones indígenas, en</p>	

	<p>todas las etapas de la planificación local en salud, y en todas sus dimensiones: prevención, promoción y recuperación.</p> <p>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.</p>	
Elementos que conllevan al concepto de salud intercultural	<ul style="list-style-type: none"> • Integralidad en el concepto de salud-enfermedad • Sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce, respeta y aplica concepciones y practicas de salud de otras culturas. visión holística • Oferta de servicios regula, equitativa y con pertinencia cultural. • Personal de salud calificado y sensible a las necesidades de salud de la población. • Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena. 	
Bases de la política de salud	Sujeto con derecho a la participación y derechos políticos indígenas / Interculturalidad / participación activa	Inclusión / Interculturalidad / participación activa
Visión Sujeto	Discriminado	Excluido / Marginado/ discriminado
Visión Sociedad	Discriminación / Racismo	Marginada / Multicultural
Visión del Estado	Paternalismo / Discriminación positiva	Paternalismo / Discriminación Positiva
Plan Operativo	Vertical	Vertical
Financiamiento	Designado a la temática	Sectorial Salud / Designado a la temática / Nacional
Recursos Utilizados año 2005	770.000 millones de pesos para el año 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 2005 se empleó cerca de 400.000 \$US 2. Entre 2006 y 2010 se estima invertir cerca de 2.000.000 \$US

5.2 ANALISIS COMPARADO ENTRE POLITICAS DE SALUD INDIGENAS DE BOLIVIA Y CHILE

1. DEPENDENCIA

En Chile los encargados de llevar a cabo la política de salud destinada a los pueblos indígenas del país es la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas, pero según las últimas informaciones investigadas, con la reforma de salud se pretende transversalizar todos los programas de la red asistencial que se encuentra dentro del Ministerio de Salud de Chile.

En cambio en Bolivia con la asunción de Evo Morales, el 22 de enero del año 2006 a la presidencia del país se hicieron reestructuraciones a algunos ministerios existentes por lo que el febrero de este año se creó el Viceministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural el cual será la dependencia que se encargará de la política de salud para los indígenas del país teniendo una importancia crucial en el.

2. MISION

Sólo el gobierno boliviano a través de su viceministerio tiene una misión establecida, que involucra tanto a la institución como a lo que se persigue, que es la preservación y el fortalecimiento de las medicinas tradicionales

3. VISION

Sólo el gobierno Boliviano tiene una visión clara de lo que se pretende lograr de aquí al 2010.

Es muy interesante que Chile no tenga una misión y una visión dentro de su unidad ni menos de su política pues dentro de las teorías de planeación estratégica estos dos puntos son elementos fundamentales para tener un horizonte común de trabajo y para no desviarse en este y en lo que se pretende conseguir en el tiempo.

4. PROPOSITO

Chile busca conseguir una mejor situación de salud para la población indígena con desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural, con activa participación de los pueblos originarios, para disminuir las brechas sanitarias en acceso, calidad y efectividad.

Bolivia persigue que la población boliviana alcancé niveles optimo de salud con un enfoque intercultural siempre presente.

Me parece que los propósitos de ambos gobiernos frente a las políticas de salud destinadas a la población indígena, están mas enfocadas a sacarlos de los bajos índices de salud que presentan a nivel nacional y de América Latina, aunque queriendo mantener un enfoque intercultural este no es suficiente, pues me parece que por ahora es solo en discurso y como cartas de buenas intenciones por parte de los gobiernos hacia la población indígena existente en ambos países, por que para que exista un verdadera interculturalidad deben cambiar las actitudes de los

miembros del sistema nacional de salud, y del dialogo que se mantiene desde el gobierno con ellos.

5. OBJETIVO GENERAL

Chile tiene 13 objetivos que no se define bien de que tipo son me inclino a creer que son específicos, debido a que si fueran generales esto seria, metodológicamente irreal, pues pensar en abarcar tantos objetivos generales es una locura, me parece que es mejor dejarlos como objetivos específicos es mucho mejor para esta política y crear un objetivo general.

Bolivia presenta un objetivo general acorde a lo que pretende conseguir a largo plazo.

Ahora en el caso chileno creo que pudo haber habido una confusión en cuanto a señalar estos objetivos como generales, pues en el documento de trabajo no está señalado a cuales pertenecen, aunque en presentaciones oficiales de la política estos aparecen como generales. Lo cual me parece absurdo.

6. OBJETIVO ESPECIFICOS

Chile no presenta objetivos específicos, por lo que se le sugiere que estos que tiene anteriormente sean tomados como objetivos específicos y crearan un nuevo objetivo general.

Bolivia presenta 4 objetivos específicos acordes con lo que están planteando como ideales a conseguir.

Creo que la premisa que el que mucho abarca poco aprieta es muy atinado a este punto de los objetivos pues, creo que mientras menos tengamos mas, podemos alcanzarlos y es mas dentro de una buena planeación podemos modificarlos en el tiempo guiándonos por nuestra misión y visión, por eso es tan importante tenerlas.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Solo Bolivia tiene resultados esperados, lo cual me parece muy importante para la proyección de lo que desean conseguir con su política.

Ahora los resultados esperados que presenta la política de Bolivia me parecen que son a largo plazo, esto es coherente a su planeación que tiene plazo hasta el 2010, aunque me parece que son un tanto utópicos algunos puntos y difíciles de conseguir en 4 años de planeación que están pensando aunque no imposibles, esto por que debes hacer cambiar la mentalidad de muchas personas que no aceptan el tema de la interculturalidad y en donde la dominación y el poder están por sobre todo.

Lo otro es ¿cómo pretenden hacer que la gente participe? ¿De qué tipo de participación estamos hablando?, por que una cosa es tener garantizada la participación de los indígenas, pero otra muy grande es ver como lo haces para que cada indígena se sienta verdaderamente representado.

La otra duda que me surge es saber ¿como van a implementar sus propios planes de salud y centros de enseñanza? ¿Las leyes los amparan para esto? O ¿deben hacer todo un reconocimiento constitucional para aquello? A pesar de que ya están bastante avanzados en este tema Y ¿cuánto tiempo creen que demorara?

¿Cómo pretenden tener redes de salud adecuadas? Esto por que pretenden, implementar centros de salud, pero si no tienes una conciencia real, o más bien dicho una sensibilización “real” de los funcionarios de salud, es muy difícil que ello ocurra aunque tengas todos los implementos y materiales, y hayas realizado todas las capacitaciones para que ello ocurra, en la practica suele ocurrir lo contrario.

8. POLITICAS, PROGRAMAS Y NORMAS DE SALUD INTERCULTURAL IMPLEMENTADAS A LA FECHA

Chile ha trabajado desde hace mas de 10 años el tema de la salud indígena en donde ha conseguido muchos logros, pero que no han logrado impactar lo suficiente en la población tanto indígena como no indígena del país. Esto se puede deber a los obstáculos que se les han presentado pues es una unidad marginal la cual esta solo presente en los discursos de gobierno pero no tiene un financiamiento y respaldo acorde con las necesidades sentidas de la población indígena en general.

Bolivia lleva también mucho tiempo trabajando el tema, de una manera marginal pero en donde sus esfuerzos se han visto recompensados y apoyados por la nueva administración de Evo Morales, debido a que recientemente se creo una dependencia exclusiva para tratar estos temas y que se espera logre consolidar aun mas la medicina tradicional en un país que tiene a mas de la mitad de su población perteneciendo a una de las 33 etnias indígenas del país.

A pesar de las dificultades que se les han presentado en el camino a ambos países, estos han obtenido logros interesantes en el tema ya sea, con la construcción de infraestructura con pertinencia cultural, incorporar a asesores culturales dentro de los centros de salud para tratar de generar un poco mas de conciencia y con la incorporación de mas regiones al trabajo de salud indígena.

9. LOGROS A LA FECHA

En Chile, existe todo un trabajo que se refleja en capacitaciones, trabajo comunitario, investigación, redes interinstitucionales. Enfocándose mayormente a la interacción de medicinas, pero no ha tenido los resultados esperados por que no ha habido un impacto real del tema, no se ha trabajado con todas las identidades indígenas y por que no se ha logrado concientizar a la población no indígena, especialmente a las que trabajan en salud de la importancia de incorporar la medicina tradicional en sus practicas y generar relaciones de respeto y tolerancia a la diversidad.

Bolivia, los logros han estado enfocados en las capacitaciones, trabajo comunitario, generación de conciencia, investigación.

Bolivia tiene mucho mas sistematizado sus logros que en Chile (o por lo menos en estos documentos).

Se han visto muchos logros a la fecha, los que se esperan sigan llevándose a cabo, se nota el trabajo y apoyo de Bolivia, muy ordenados y esquemáticos a la hora de presentar la información, en donde se ve también que los indígenas se ven mas involucrados en el proceso de creación y trabajo de programas destinados a ellos mismo. En cambio en Chile muestra sólo alguno de los logros conseguidos en estos mas de diez años de existencia, pero creo también que no se han dado la oportunidad de avanzar ya sea por que no hay un apoyo real al tema desde el gobierno como que las políticas han sido muy verticalistas en su contenido y ejecución. También podemos manifestar que no hay en este país una participación real indígena en los procesos de creación de programas y actividades a realizar, es una participación en la cual solo se les consulta pero no se les considera sus propuestas, y se les tiene para solo generar numero en un

salón o se llama a personas las cuales no son representativas de todas las identidades y comunidades o etnias indígenas a las cuales se les consulta.

10. PROGRAMAS ESTRATEGICOS SECTORIALES

Chile es el único país que presenta estrategias de trabajo para llevar a cabo su política en donde se habla básicamente de la colaboración entre sistemas médicos, el trabajo intersectorial, la transversalización de los programas de salud, la investigación con participación de las comunidades, y la construcción de la política de acuerdo a las recomendaciones de la OMS. Lo cual lamentablemente hasta el momento se ha llevado a cabo pero no con los resultados esperados y en muchos casos, son solo carta de buenas intenciones.

El gobierno de Chile, ha impulsado hace unos años el trabajo intersectorial, en donde se pretende incorporar el trabajo intercultural en todos los programas de la red asistencial, aunque ha sido un trabajo arduo pues lo más difícil es convencer o mas bien dicho concientizar a los trabajadores de las diversas dependencias, acerca del trabajo complementario, pues tal como lo hemos planteado, la cosmovisión en salud implica mucho mas que la salud física si no que abarca también el entorno que los rodeas.

Ahora el tema de las investigaciones en medicina indígena, con la participación de las propias comunidades, me parece interesante es algo que ya se ha hecho en algunas regiones y podría ser un gran aporte a los perfiles epidemiológicos de las etnias existentes en el país, pero ocurre que hasta la fecha no se han reflejado estas investigaciones en el trabajo real con la gente, a demás a estas alturas es un punto delicado pues, en las comunidades ya están cansados de tantas investigaciones por que no han visto resultados favorables y ellos sienten que solo

les quieren sacar los conocimientos para lucrar con ellos que es algo que ya a ocurrido.

También se hace mención dentro de las estrategias la incorporación de un sistema de registros, lo cual me parece interesante que se realice pues permitirá obtener información más fidedigna de la población indígena.

En el tema de la infraestructura que requiere crear con pertinencia cultural, me pregunto ¿De que sirve el tener señálicas adecuadas interculturalmente y a que se refiere con esto, si no estamos teniendo un trato digno ni satisfaciendo las necesidades inmediatas en salud de estos? ¿Será solo una manera de mostrar que estamos incluyendo a los indígenas. Pero será la forma mas adecuada? ahora Las casas de acogida me parecen una idea interesante sobre todo para las personas que no pueden trasladarse en el mismo día a los hospitales ya sea por la distancia o por la accesibilidad que tienen, pero ¿Como piensan implementarlos? Cuentan con los recursos necesarios?

Por ultimo el tema de las capacitaciones, de realizar convenios con la s universidades locales para poder contar con personal con competencias básicas para poder atender las necesidades de los indígenas que llegan a consultar a los hospitales, es una solución a largo plazo, pero hemos visto que estas capacitaciones no han ayudado a mejorar el trato ni a generar nuevas ideas de atención para la población indígena es mas se sigue igual que antes pues siguen guiándose por las disposiciones y metas que el mismo ministerio les pone y que se contradice con el trabajo que hay en salud indígena desde este mismo organismo.

Mi pregunta es entonces ¿cómo pretenden realizar un trabajo que perdure en el tiempo y que se valga de la participación de las comunidades si, se basan solo en las recomendaciones verticalitas de los organismos internacionales y de los

gobiernos? por que la participación es muy baja y el gobierno chileno en este caso no han reconocido a los indígenas constitucionalmente y los objetivos sanitarios del país impide llevar a cabo muchas de las actividades que los indígenas quisieran tener dentro de su política, aunque recién ahora vemos que con la nueva reforma de salud se ha incorporado es su marco legal la interculturalidad lo cual esperamos que ayude a mejorar y agilizar lo que para los indígenas es importante dentro del tema de salud y esperamos que el gobierno deje de imponer sus ideas y que por lo tanto las políticas y programas que se implementen ahora, sean mas acordes con las necesidades y la realidad de las 8 etnias indígenas que existen en el país.

11. TEMAS PRIORITARIOS

Sólo Bolivia a priorizado temas que desea se concreten a mediano o largo plazo, los cuales consisten básicamente, en la conservación de las plantas medicinales, a través de huertos y comercialización de esta y también en la socialización de conocimientos en las escuelas y centros universitarios.

Mi pregunta es, si acaso han considerado la calidad de las plantas medicinales una vez que se realice ¿la producción masiva tendrá la misma calidad de las que crecen naturalmente? ahora han previsto las leyes sanitarias que rigen el país con respecto a la legalidad y licencias para la comercialización en las boticas comunales y en la demanda que se pueda generar internacionalmente. Para esto tendrán que involucrar a las comunidades, en mi experiencia eso tiene dos aristas, una positiva y una negativa, la positiva es que haces que las comunidades se apropien de sus conocimientos y que los que no conocen aprendan el manejo de las plantas medicinales, pero lo malo, es ¿cómo será el proceso de intercambio? ¿Se les pagara? Hay que tener en cuenta que muchas de las plantas medicinales requieren un tiempo considerable para estar en etapa de utilización, ¿entregarán

un apoyo a los comuneros para que comiencen a cultivar?, ¿que beneficios le reportara a ellos?

Y el proceso de elaboración será a través de una farmacia o botica o ¿capacitarán a las comunidades a hacer estas pomadas y jarabes? Y si fuera así, ¿conseguirán los permisos sanitarios y licencias para no tener problemas?

Y para comercializar los alimentos “Bolivianos” ¿no deberán hacer una concientización, y un cambio en los hábitos alimenticios primero? Y ¿como lo conseguirán?

Me parece interesante esto de la recuperación y que se concientice y revalore la medicina tradicional en los diferentes niveles educativos, pero eso no garantiza un cambio de actitud al respecto de procesos de socialización que llevan incorporados desde pequeño; esto es algo que se intento en algún minuto en Chile, pero que no genero mayores resultados, aunque fue un logro que por lo menos de 40 estudiantes 1 se haya interesado en el trabajo con las comunidades indígenas y la complementariedad de sistemas médicos.

Ahora con respecto a enseñar a cada región el uso de la medicina tradicional y el del calendario agrícola en su propia lengua, ¿les garantiza un mejor entendimiento y aplicación de esta? Además ¿ustedes creen que ellos no lo saben y lo aplican?

Me llama mucho la atención el punto 11 en el caso de Bolivia, en donde se expone la necesidad de otorgar una acreditación a las personas, ¿por que ocurre esto? espero que no hablen de sus especialistas de medicina tradicional, pues eso seria una trasgresión a sus derechos humanos, en el sentido de que ellos no necesitan una acreditación para trabajar, pues lo han hecho desde décadas. Además ¿no están transgrediendo puntos importantes de su cosmovisión? O ¿ha habido casos de suplantación? ¿Será una lógica distinta en Bolivia? Para que quede mas claro

me gustaría explicar lo que ocurrió en una comuna con alta población indígena del sur de Chile, en donde hace algunos años atrás se planteó la idea de acreditar y crear una asociación de Machi y especialistas de la medicina Mapuche en este caso, algunos de ellos se adhirieron a esta propuesta, pues pensaron que eso les podría traer algún beneficio, pero a cambio hubo muchos de ellos que se enfermaron o pasaron accidentes en sus casas, lo cual se atribuyó a su incorporación a esta asociación. A pesar de ello algunos Machi estuvieron en contra de esta disposición pues decían que transgredían las normas de su cosmovisión y que no se debía hacer por que muchas cosas les podrían pasar, entre eso enfermedades.

¿Por qué quieres mantener un reglamento para los otros tipos de medicina? ¿Esto les permitirá poder incorporarlas a las prácticas que ya se están realizando?

Cuando se habla de extender la implementación a la atención de maternidad ¿estamos hablando de las parteras?

Sería interesante repasar estos puntos prioritarios para el gobierno de Bolivia, sobre todo en lo que respecta a las legislaciones y a la elaboración de medicina a través de las plantas medicinales.

12. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA

Los principios planteados en esta política pertenecen de igual forma a los principios de la actual política nacional de salud. En donde a cada uno de los puntos se les incorporó la temática indígena para adecuarlos a la política de salud y pueblos indígenas que se presenta sin ni siquiera revisar la coherencia de lo que se estaba planteando.

Deberían de haber incorporado aquí el tema de la interculturalidad y no como un punto aparte.

En el principio de derechos ciudadanos, encontramos que hay una pequeña contradicción cuando hablan de garantizar el acceso a todos los chilenos a las prestaciones que aseguran la salud, pero mas adelante hablas de que los indígenas son parte de la sociedad chilena con plenos derechos, ustedes no pueden hablar de que son parte si ni siquiera están reconocidos dentro de la constitución, además ustedes utilizan la discriminación positiva como estandarte para poder llevar a cabo el trabajo que han realizado estos años, y si fueran parte integrante con todos sus derechos no habría la necesidad de este tipo de discriminación, además muchos indígenas sobre todo los del sur de Chile no se consideran chilenos si no Mapuche, Williche etc. Dependiendo de la etnia a la que pertenezcan.

En cuanto a la equidad, se espera que esto ocurra pero ¿qué tan efectivo puede ser? Si en este tiempo no han sido capaces de producir un cambio de actitud al respecto. Y además hablan aquí de la accesibilidad a prestaciones efectivas y sabemos que muchos de los indígenas mas afectados con el tema de las atenciones de salud son los que viven en sectores rurales, en donde el acceso es limitado, y es algo que a la fecha no se ha podido cambiar, a pesar de haber algunos excepciones interesantes.

Al hablar de solidaridad ¿hablan de un financiamiento solidario en que se beneficien ricos y pobres? Y ¿a que se refieren con solidaridad entre culturas? ¿Cómo consigues estos puntos?

La Calidad está ligada a la efectividad sanitaria, y la eficiencia en la gestión, lo que exige parámetros como infraestructura, equipamiento y personal, pero, ¿el gobierno esta preparado para realizar estos cambios que son necesarios, cuando

sabemos que hay problemas presupuestales para mejorar la infraestructura que ya existe, cuando existen deudas hospitalarias importantes lo que ha impedido satisfacer a la fecha estos puntos?, y no creen que mas que tener tecnología de punta que es importante claro esta, ¿no seria mas importante aun, un cambio en el trato directo de los funcionarios de salud para con la población indígena que se atiende en estos centros? Y además adecuar los criterios de tiempo de atención en la consulta, con la finalidad de que sean más amplios, y no como se realiza actualmente, que a raíz de que están muy delimitados de tiempos, la gente sobre todo los indígenas que nos ocupan en este estudio, no se sienten comprendidos, ni escuchados, y muchas veces no logran entender las instrucciones que les da el medico por que no se atreven a preguntar si no entienden, por que no se genero la aproximación necesaria entre paciente - medico pues estos últimos están mas preocupados en atender al máximo de personas, que de generar una aproximación con el paciente, debido a que estos deben cumplir con metas ministeriales de eficiencia y si no, son mal evaluados.

Por último la participación es un punto importante para cualquier acción que se quiera emprender, pero no sabemos aun de que tipo de participación estamos hablando pues, si es solo llenar auditorios y que asistan a las reuniones, en donde no hay una representación real de todas las identidades territoriales y etnias existentes en el país, es muy difícil poder avanzar y menos aun cuando las opiniones, propuestas y sugerencias no son consideradas, al momento de generar políticas y programas, entonces ¿que se hace para revertir esta situación?

13. PRINCIPIOS QUE CONTRIBUYEN A LA ORIENTACION DEL MODELO DE ATENCION CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Aquí vemos la separación entre la teoría y la práctica sobre todo en el caso chileno. Pues aun no se logra integrar todos estos principios, en donde exista

respecto y la colaboración entre sistemas médicos, sabiendo que el grupo más resistente al cambio es el equipo de médicos que se encuentran en cada centro, pues por su formación no dan crédito en la efectividad de la medicina indígena.

La participación, de la que hablan, a pesar de sostener reuniones sistemáticas con grupos indígenas, no han dado los resultados esperados.

Por ultimo, me parece importante señalar que la pertinencia cultural de la cual tanto se habla, aun es un objetivo importante a alcanzar, en donde para conseguirla necesitamos un cambio de actitud de nosotros como miembros de una sociedad multicultural.

14.ELEMENTOS QUE CONLLEVAN AL CONCEPTO DE INTERCULTURALIDAD

Estos elementos en Chile, se han tratado de aplicar a través de estos años, y es un tema que aún se debe seguir trabajando pues, si bien se han conseguido algunos avances queda mucho por caminar, debido a que necesitamos trabajar arduamente en un cambio de mentalidad, en donde podamos aprender a ser tolerantes a modo de aceptar las diferencia culturales a la que estamos expuestos día a día, pues como ya lo mencionaba mas arriba para lograrlo necesitamos cambiar todo un proceso de socialización en el cual todos fuimos criados.

Es un proceso a largo plazo, en donde todos debemos poner de nuestra parte y en donde necesitamos generar conciencia de la necesidad y efectividad de la complementación de sistemas médicos, sobre todo con los médicos que es el grupo más reacio a utilizar o derivar a especialistas de la medicina tradicional.

Además esta el cuestionamiento desde algunas organizaciones civiles no indígenas que si todos somos iguales ¿por que necesitamos políticas específicas para cada grupo?

15. BASES DE LA POLITICA DE SALUD

Cuando hablamos de base de las políticas queremos saber desde que perspectiva se esta mirando la situación indígena y encontramos que el gobierno Chileno esta mirando a los indígenas como sujeto con derechos a la participación en donde el concepto de interculturalidad es primordial. En cuanto al gobierno Boliviano es una política muy incluyente en donde se privilegia y tiene muy en cuenta la participación activa de los indígenas en donde la interculturalidad también es un punto importante en su desarrollo.

16. VISION DE SUJETO

En Chile son vistos como sujetos discriminados y a los cuales hay que pagarles una deuda histórica.

Ahora en Bolivia son vistos como los excluidos, discriminados a quienes hay que apoyar y con quienes hay que trabajar en conjunto.

17. VISION DE SOCIEDAD

En Chile discriminación, pobreza y racismo.

En Bolivia marginalidad, pobreza, multiculturalidad y participación activa de los ciudadanos en la generación de esta política.

18. VISION DE ESTADO

Para ambos países esta clarísimo el rol Paternalista, en donde impera un estado de neobienestar y en donde se privilegia la discriminación positiva y el pago de deuda histórica sobre todo en el caso de Chile.

19. PLAN OPERATIVO

Hasta la fecha ha sido desde el gobierno, muy verticalista, con algunos atisbos de querer generar un dialogo mas horizontal entre ambas posturas la del gobierno y la indígena, pero nada que haya tenido efectos positivos.

20. FINANCIAMIENTO

Los financiamientos son designados desde el gobierno central, y son distribuidos de acuerdo a criterios que no están claros, esto específicamente en el caso Chileno.

Ahora el ministerio hace su distribución a cada programa proporcionalmente de acuerdo a los resultados obtenidos y en los últimos años esto no se ha incrementado mayormente en la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas quienes a su vez hacen una distribución arbitraria a nivel nacional.

En el caso de Bolivia, recién este gobierno esta asignando recursos específicos para el tema, con la creación del viceministerio de medicina tradicional y salud intercultural, se ha invertido en las acciones anteriores, pero no hay una claridad de cuanto se destino para cada actividad.

21.RECURSOS UTILIZADOS AÑO 2005

En Bolivia se invierte el 2% del presupuesto anual en salud aproximadamente.

En Chile se invierte el 0.04% del presupuesto anual en salud aproximadamente.

Para concluir este capítulo me parece importante destacar que ambos países tanto Bolivia como Chile están con la mejor disposición de avanzar en estos temas, pero que necesitan saber, que este proceso, es un proceso de largo plazo, en donde primeramente necesitan modificar algunas legislaciones y sobre todo deben concientizar a toda una población de la importancia y la efectividad de la complementación de sistemas médicos, para que realmente cause el efecto deseado.

CONCLUSIONES

- La elaboración de políticas públicas es un trabajo constante de exploración y aprendizaje, en donde existe una incertidumbre constante y la cual necesita de una retroalimentación permanente entre las distintas etapas de las políticas públicas, debido a que el contexto cambia constantemente por lo que éstas se rehacen sin cesar, y en el caso de las políticas presentadas en este estudio es algo que se debe tener en muy en cuenta.
- Para entender quién y cómo se elaboran las políticas públicas uno debe entender las características de los participantes en que fases y papeles juegan de que autoridad y poder gozan y como se relacionan con los otros y la rigidez con la que se requiere. Es por esto que el conocer la realidad sociocultural y que se reconozcan las diferencias y especialidades de cada grupo nos permitirán diseñar y adecuar las normas programáticas de acuerdo a la realidad social existente y sobre todo considerando la percepción de los sujetos beneficiarios o receptores últimos de esta acción, que es algo que se debe seguir trabajando cuando hablamos de diseños de políticas de salud indígena.
- Es importante tener muy presente que para poder trascender desde la acción médica hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad se requiere de transformaciones estructurales de *largo plazo* y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, debido a que son las estructuras del estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto intercultural de sociedad.
- La interculturalidad es tomada como uno de los pilares para la creación de políticas públicas de la diferencia, el cual es un estilo de vida al que aspiramos

todos aquellos que creemos que las culturas diferentes a la nuestra son tan válidas, ricas y que tienen mucho que aportar a nuestra sociedad; pero lamentablemente en la actualidad, a pesar de los esfuerzos que se han realizado, sigue siendo utilizado como un concepto apropiado, pero ello no se muestra en la práctica en las acciones reales a ejecutar; es un ideal a seguir que se pretende lograr pero que no se ha llegado a ello, y mientras no haya un cambio en la mentalidad y de aceptación “real” de la gente no indígena hacia los indígenas, sobre todo en el tema de salud, no podremos hacer mucho al respecto, debido a que se seguirán entorpeciendo los trabajos que se quieran realizar en el tema. Esto se ve reflejado sobre todo, debido a que la interculturalidad no ha sido aplicada de la forma en que pudiéramos decir que a la fecha existe una política “real” en el tema de la salud intercultural.

- Notoriamente en las últimas décadas, las políticas públicas relativas al tema indígena se han realizado con la estrategia de la “discriminación positiva”, la cual busca nivelar las oportunidades de los más desfavorecidos en ciertos temas, con el fin de que a largo plazo se logre equiparar el acceso y por ende no discriminar a nadie. Esto se está realizando a modo de saldar una deuda histórica y de acuerdo a las demandas de reivindicación de este sector de la población, pero que ha generado cierto resentimiento en algunos sectores de la población que sienten que debieran tener las mismas posibilidades de acceso a la salud que los indígenas.
- Creo que la política Chilena no está bien planteada, está incompleta, es solo una sistematización de lo ya hecho, mucho de lo que está aquí reflejado es lo que se ha trabajado en estos años, no hay aportes nuevos, es una carta de buenas intenciones para el trabajo con población indígena, pero con poca aplicación hasta que no haya un verdadero cambio de actitud de las personas que trabajan en los centros de salud y en especial de los médicos que se niegan a complementar las medicinas.

Por otro lado la política diseñada por el gobierno Boliviano tiene los planteamientos, y orientaciones mas claras y actividades más concretas, también presenta una buena organización, solo hizo falta explicar como se implementaran estas actividades.

- Ambas políticas sin embargo son aun muy paternalistas y de corte vertical o sea que están diseñadas todavía con los supuestos que los encargados de los programas creen que son necesarios, independientemente de que algunos indígenas apoyen y que hayan realizado talleres en conjunto esto no garantiza que sus ideas hayan sido plasmadas en estas políticas y mientras eso siga existiendo las políticas que podamos encontrar no tendrán el impacto deseado al interior de la población indígena, a pesar de que responden a ciertas necesidades de grupos localizados, no será suficiente pues no son las demandas y necesidades generales de la población indígena del país, y esto ocurre por que muchos de los invitados a participar de las reuniones para conformar mesas de trabajo no son representativos de todas las identidades y etnias del país, por tanto quedan aun muchos excluidos dentro de la misma política. Por tanto el diseño de política de salud indígenas, son coherentes solo con lo que los gobiernos creen en su momento puede ayudar pero no con lo que la población indígena en general requiere para fomentar y mejorar su salud.
- Esto de la interculturalidad es más una política de dominación que ha sido impuesta para facilitar programas estatales y no como algo que realmente se desee desde los gobierno.
- En Chile, la política de salud se asocia en muchos puntos a la reforma de salud, sobre todo con el tema de los objetivos sanitarios, probablemente como una forma de integrarse a éste y transversalizar el tema indígena en los demás programas, además en algunos artículos de esta ley por primera vez se toma

en cuenta el tema de la interculturalidad en salud y apoya el trabajo integrado y complementario en pos de mejorar el acceso y la calidad de la salud de los indígenas, que esperamos se logre llevar a la practica.

- De acuerdo a mi experiencia con el caso chileno, la participación de los indígenas con el gobierno se ha limitado a hacerlos asistir a reuniones, opinar en algunos casos, pero sin que estas opiniones hayan tenido mayor eco en un cambio efectivo en los programas y políticas destinadas al sector, siendo los representantes del gobierno nuevamente los que creen tener la verdad en cuanto a las necesidades de estos grupos, planeando así las acciones a ejecutar para ellos, lo que ha provocado una desconfianza y desgaste por parte de los indígenas que se suelen invitar a participar. En el caso Boliviano, no sé que tan efectiva sea la participación con sus poblaciones indígenas, a pesar de que tienen leyes específicas para este tema de la participación; las leyes que promueven la interculturalidad y la participación, por sí mismas, tampoco nos garantizan la efectividad de éstas, aunque ciertamente son un avance.

También hay que mencionar dentro de este punto que las relaciones que se ha mantenido por parte de ambos gobiernos con las poblaciones indígenas se hallan de cierta manera desgastadas, y los indígenas están cada vez mas incrédulos hacia la creación de nuevas políticas, y sobre todo de su injerencia en ellas, lo que significa además una barrera en el proceso de desarrollo y de generación de políticas destinadas a este sector de la población.

También es muy importante hacer notar que existe en ambos países una heterogeneidad de etnias, y por ende las características de cada grupo para enfrentar su salud son diferentes, por esto el tipo de relación de cada pueblo indígena con el gobierno debe ser con representación de las diferentes etnias y tomando las especificidades de cada uno de ellos.

- Esperemos que todos estos esfuerzos que se han realizado por parte del gobierno tanto de Bolivia como de Chile en materia de salud tradicional y de los indígenas en la defensa de sus tradiciones, logren generar un cambio en el cual podamos obtener frutos en el corto, mediano y largo plazo, y que no sean volubles a las contingencias políticas de los países para que se logre consolidar este tema a nivel nacional.

BIBLIOGRAFIA

- Abellán Joaquín (2003). “Los retos del multiculturalismo para el Estado moderno”. pp.13-32 En: Badillo O’ Farrell, Pablo (coordinador) (2003). *Pluralismo, tolerancia, multiculturalismo / reflexiones para un mundo plural*. Akal / Universidad Internacional de Andalucía (Colección Sociedad, Cultura y Educación) España.
- Aguilar. Luis F (2003). Colección Antologías de Políticas Publicas; Primera Antología, *El Estudio de las Políticas Públicas*, Estudio introductorio y edición. Miguel Ángel Porrúa. Primera reimpresión Octubre. México.
- ----- (2003). Colección Antologías de Políticas Publicas; Segunda Antología, *La hechura de las Políticas*, Estudio introductorio y edición. Miguel Ángel Porrúa. Primera reimpresión Octubre. México.
- ----- (2003). Colección Antologías de Políticas Publicas; Tercera Antología, *Problemas públicos y agenda de gobierno*, Estudio introductorio y edición. Miguel Ángel Porrúa. Primera reimpresión Octubre. México.
- ALARCON M, Ana M, VIDAL H, Aldo y NEIRA ROZAS, Jaime. “**Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales**”. Rev. méd. Chile. [online]. sep. 2003, vol.131, no.9 [consultado el 26 Marzo 2006], pp.1061-1065. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext&tlng=es_
- Alarcón, Carmen (1996). “Panel condiciones de salud y vida de los pueblos indígenas”. pp. 31-33 En: Servicio de Salud Araucanía, Ministerio de Salud. *Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una*

Política Nacional Intercultural en Salud. Puerto Saavedra, Región de la Araucanía. Chile.

- Alcántara, Manuel (2004). *Gobernabilidad, crisis y cambio; elementos para el estudio de la gobernabilidad de los sistemas políticos en épocas de crisis y cambio*. Fondo de Cultura Económica. Segunda reimpresión. México.
- Asociación Arutam (2000). “MEDICINA TRADICIONAL DE LOS PUEBLOS INDIGENAS: EXPERIENCIA EN UNIDADES OPERATIVAS DEL ORIENTE ECUATORIANO”, Texto Farmacéuticos Sin Fronteras Curso amazónico de Medicina Tropical, Parasitología, Virología y Ofidotoxicología, Puyo, Ecuador, 10-13 de octubre del 2000. [consultado el 3 de Abril 2006]. <http://arutam.free.fr/Spanish.html>
- Austin Millán, Tomás R (2000). “COMUNICACIÓN INTERCULTURAL”, Fundamentos y Sugerencias. 2a. parte. Temuco, Junio del 2000. [consultado el 4 de Marzo 2006]. <http://www.angelfire.com/emo/tomaustin/intercult/comintdos.htm>
- Badillo D' Farrell, Pablo (2003). “Pluralismo v/s Multiculturalismo”. pp. 33-66 En: Badillo O' Farrell, Pablo (coordinador) (2003). *Pluralismo, tolerancia, multiculturalismo / reflexiones para un mundo plural*. Akal / Universidad Internacional de Andalucía (Colección Sociedad, Cultura y Educación) España.
- Ballart, Xavier. Ramio, Carles (2000). “Ciencia de la Administración”. Colección Ciencia Política No. 8. Tirant lo Blanch.
- Bardach, Eugene (2001). *Los ocho pasos para el análisis de Políticas Publicas; un manual para la práctica*. CIDE-Miguel Ángel Porrúa. Segunda reimpresión Marzo. México.

- Basail Rodríguez, Alain (2005). *Políticas sociales comparadas*, Editorial Félix Varela, La Habana. Cuba.
- Beuchot, Mauricio (2002). "Pluralismo cultural analógico y derechos humanos". pp.107-121 En: González R. Arnaiz, Graciano (coordinador). *El discurso intercultural / prolegómenos a una filosofía intercultural*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Birsl, Ursula; Solé, Carlota. (2004). *Migración e Interculturalidad en Gran Bretaña, España y Alemania*. Anthropos. España.
- Caviarés, Yénive (2005). Informe Avance. "La Experiencia Internacional en Materia de Reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena". Estudios de derecho comparado en cinco países de América. Ministerio de Salud, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Unidad de Salud y Pueblos Indígenas. Junio, Santiago.
- Colon, Dalidia (2004). "ANÁLISIS SECTORIAL DE SALUD PUERTO RICO" Foro Regional La Nueva Agenda de la Reforma de Salud: Fortaleciendo las Funciones Esenciales de Salud Pública y los Sistemas de Salud Antigua, Guatemala 19 al 22 de julio de 2004. [consultado el 31 de Marzo 2006]. <http://www.lachsr.org/static/ForoGuatemala/pdf/DalidiaColon.pdf>
- Cuyul, Andres (2001). "Sistema de salud utilizados por familias Mapuche del sector Makewe y sus preferencias en la atención medica según la concepción de la salud que poseen". Tesis para obtener el grado de Lic. en Trabajo Social. Instituto de Estudios Indígenas. Universidad de la Frontera. Chile

- Díaz Polanco, Héctor (1996). "Autonomía, territorialidad y comunidad indígena. Perspectiva del estado multiétnico en México". pp.139-175 En: González Casanova, Pablo y Roitman Rosenman, Marcos (Coordinadores) (1996). *Democracia y Estado multiétnico en América Latina*. Jornada – Centro de investigaciones interdisciplinarias en ciencias y humanidades. UNAM. México.
- Díaz Polanco, Héctor (1991). *Autonomía regional. La autodeterminación de los pueblos indios*. Siglo XXI. México.
- Dietz, Gunter (2002). "Cultura, etnicidad e interculturalismo: una visión desde la antropología social". pp.189-222. En: González R. Arnaiz, Graciano. (coordinador). *Pluralismo cultural analógico y derechos humanos. El discurso intercultural / prolegómenos a una filosofía intercultural*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Franchi, Jesica Priscila y Solernó, Rocío (2006). "Medicina Tradicional Indígena". Pueblo Aymara. Derecho de los Pueblos Indígena. [consultado el 31 de Marzo 2006]. <http://www.indigenas.bioetica.org/inves29.htm>
- García Roca, Joaquin (2002). "Multiculturalidad e inmigraciones". pp. 163-181. En: Graciano González R. Arnaiz (coordinador) (2002). *El discurso intercultural / prolegómenos a una filosofía intercultural*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Garrido, Molly (1996). "Medicina Intercultural Indígena". En Servicio de Salud Araucanía, Ministerio de Salud. *Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud*. Puerto Saavedra, Región de la Araucanía. Noviembre. Chile.

- Hall, Gillete. Patrino, Harry (2005). “Pueblos Indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina: 1994 – 2004”. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington.
- Herrero, José (2002). “¿Qué es Cultura?”. [consultado el 26 de Febrero 2006]. <http://www.sil.org/capacitar/antro/cultura>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Bolivia. Censo de Población y Vivienda 2001. [consultado el 11 de marzo 2006]. <http://www.ine.gov.bo>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Chile. Censo de Población y Vivienda 2002. [consultado el 11 de marzo 2006]. <http://www.ine.cl>
- Kauffer Michel, Edith. “Las políticas públicas: algunos apuntes generales”. [consultado el 14 de junio 2005]. <http://www.ecosur.mx/Difusión/ecofronteras/ecofrontera/ecofront16/pdf/politicaspUBLICAS.pdf>
- Kymlicka, Will (2003). *La Política Vernacula; Nacionalismo, Multiculturalismo y Ciudadanía*, Ediciones: Paidós: Estado y Sociedad.
- Lahera, Eugenio (2002). *Introducción a las Políticas Públicas*. Fondo de Cultura Económica, Chile.
- Lindblom, Charles (1991). *El proceso de elaboración de Políticas Públicas*. Miguel Ángel Porrúa. México.
- López Salas, Ana María (2001). “La gestión política de la inmigración”. pp.285-316. En: Colom Gonzáles, Francisco. (2001). *El espejo, el mosaico y el crisol / modelos políticos para el multiculturalismo*. Anthropos / Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa. México.

- Majone, Giandomenico (2005). *Evidencia, Argumentación y Persuasión en la formulación de políticas*; Estudio introductorio de Luis F. Aguilar. Fondo de Cultura Económica. segunda reimpresión. México.
- Mardones, José María (2001). "El Multiculturalismo como factor de modernidad social". pp.35-54. En: Colom Gonzáles, Francisco (Ed.) (2001). *El espejo, el mosaico y el crisol / modelos políticos para el multiculturalismo*. Anthropos / Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa. México.
- Marecos, Edgardo (2001). "CONCEPTOS CLAVES ACERCA DE LA SALUD". Revista de Postgrado de la Cátedra V la Medicina N° 108 - Septiembre/2001.pp.17-19.[consultado el 18 de Marzo 2006]. http://med.unne.edu.ar/revista/revista108/con_claves_salud.html
- Martínez, Carolina (1996). "Introducción al Trabajo Cualitativo de Investigación", pp.33 -56. En: *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. Coordinadora Szasz, I y Lerner, S. El Colegio de México.
- Medina. Ignacio (1998). "ESTADO BENEFactor Y REFORMA DEL ESTADO". pp.23-45, en Revista *Espiral*, Vol. IV, No. 11, Enero/Abril 1998. México.
- Meil, Gerardo (1998). "Política Social Comparada", En Alemán, Carmen y Garcés, Jorge. *Política Social*. Mc Graw Hill. España.
- Meny, Yves; Thoenig, Jean-Claude (1992). *Las Políticas Públicas*. Ariel S.A. Barcelona.

- Ministerio de Salud (2003). “Políticas de Salud y Pueblos Indígenas” (Documento de Trabajo). Chile.
- Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) (2003). Chile. Encuesta de Caracterización socioeconómica Nacional. (CASEN). [consultado el 10 de Febrero 2006]. <http://www.mideplan.cl>
- Muñoz, Carlos. (1998). “Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis”. [consultado el 25 de Septiembre 2005]. <http://www.monografias.com/trabajos3/comotesis/comotesis.shtml>
- Offe, Claus (1991). *Contradicciones en el Estado del bienestar*. Edición de John Keane. Alianza Editorial /CONACULTA. México, D. F.
- Olivé, León (1999). *Multiculturalismo y Pluralismo*. PAIDÓS / Facultad de filosofía y Letras, Universidad Autónoma de México. México.
- _____ (2004). *Interculturalismo y Justicia Social*. Universidad Nacional Autónoma de México (Colección la pluralidad cultural en México num.2).México.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio 169 sobre Pueblo Indígenas y Tribales. [consultado el 3 de Abril 2006]. <http://www.oit.org/public/spanish/index.htm>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. OPS – OMS (2002). “Informe Taller de medicinas y terapias alternativas, complementarias y alternativas en las Américas: políticas, planes y programas”. Ciudad de Guatemala, Guatemala. 19 y 20 de marzo de 2001// agosto 2002 Washington DC.

- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. OPS – OMS (1993). **Resolución V** "Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas". [consultado el 14 de Junio 2005]. <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/ResolucionVspan.doc>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. OPS – OMS (1997). Serie Salud de los Pueblos Indígenas numero 6. "Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales". Agosto. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. OPS – OMS. "Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003 – 2007". [consultado el 14 de Junio 2005]. <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Plan2003-2007-esp.doc>
- Pizarro Inostroza Marcela (2006). "Etnodesarrollo: nuevas formas de desarrollo en espacios de relación multiétnica". pp.288-307 En: *Capital Social y Estrategias de Desarrollo Local en América Latina*; Ignacio Medina Núñez (coordinador). Editores SEP – CEDEFT. México
- Ramírez Eras, Ángel Marcelo (2001). "Paradigma de la interculturalidad. Publicación mensual del Instituto Científico de Culturas Indígenas." Año 3, No. 26, mayo 2001. [consultado el 6 de Marzo 2006]. <http://icci.nativeweb.org/boletin/26/ramirez.html>
- Rodríguez, G. Flores, J (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Aljibe. Granada, España.

- Rojas Rocío. Shuqair Nur (1998). “Orientación de los marcos Jurídicos hacia la Abogacía en salud de los pueblos indígenas: estudio de las legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras”; Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS. Mayo. Washington D.C.
- Rosales Núñez, Juan (2004). *GERENCIA PÚBLICA*, Administración pública contemporánea. Editorial Gernika, colección ciencias políticas nº 51. México
- Rubio – Carracedo, José (2003). “Pluralismo, multiculturalismo y ciudadanía compleja”. pp. 173-194. En: Badillo O’ Farell, Pablo (coordinador). *Pluralismo, tolerancia, multiculturalismo / reflexiones para un mundo plural*. Akal / Universidad Internacional de Andalucía (Colección Sociedad, Cultura y Educación). España.
- Said, Paola e Hinojosa, Urzula (2000). “Áreas de conflicto decisional y factores determinantes de la toma de decisiones en salud en mujeres mapuches de dos comunidades rurales de Villarrica”. Tesis para optar al título de Enfermera-Matrona. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
- Salcedo Aquino, José Alejandro (2001). *Multiculturalismo / Orientaciones filosóficas para una argumentación pluralista*. Plaza y Valdes. México.
- Sánchez, Consuelo (1996). “Las demandas indígenas en América Latina y el derecho internacional”. pp.93-123. En: González Casanova, Pablo y Roitman Rosenman, Marcos (Coordinadores). *Democracia y Estado multiétnico en América Latina*. Jornada – Centro de investigaciones interdisciplinarias en ciencias y humanidades. UNAM. México.

- Servicio de Salud Araucanía, Ministerio de Salud (2004). Manual de Capacitación N° 3: Medicina Mapuche. Chile.
- Servicio de Salud Araucanía, Ministerio de Salud (1996). *Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud*. Puerto Saavedra, Región de la Araucanía. Noviembre. Chile.
- Sosa, José (2003). “Estado y Administración Pública: notas en torno a un debate inacabado”. pp.105-128. En: Revista Con-ciencia política. El Colegio de Veracruz. Vol. 1 No. 4. Otoño 2003.
- Stavenhagen, Rodolfo (1996). “Los derechos indígenas: algunos problemas conceptuales”. pp. 151-169. En: Elizabeth Jelin Elizabeth – Hershberg Eric (coordinadores) (1996). *Construir la democracia: derechos humanos, ciudadanía y sociedad en América Latina*. Nueva Sociedad. Venezuela.
- Taylor, Charles (2001). *EL MULTICULTURALISMO Y LA POLÍTICA DEL RECONOCIMIENTO*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Touraine, Alain (1997). *Pourrons-nous vivre ensemble? Egaux et différents*. Fayard. Paris
- Velasco Arroyo, Juan Carlos (2001). “Liberalismo y Derechos Humanos de las Minorías: una relación conflictiva”. pp. 117-146. En: Colom González, Francisco (Ed.). *El espejo, el mosaico y el crisol / modelos políticos para el multiculturalismo*. Anthropos / Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa. México.

- Viceministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural (2006). Presentación “Plan Estratégico Medicina Tradicional y Salud Intercultural 2006-2010”. Abril 2006. Bolivia.
- Victoria Jardón, Ana María (2004). *500 años de salud indígena*. Miguel Ángel Porrúa. México.
- Yasarekomo (2004). “Una experiencia de comunicación indígena en Bolivia”; Estudio de caso N° 26, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO); Roma.
- Zúñiga, Madeleine y Ansión, Juan (1997). “Interculturalidad y Educación en el Perú. Foro Educativo”. Lecturas Complementarias. Facultad de Educación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto Superior La Salle – Urubamba. [consultado el 6 de Marzo 2006]. <http://www.concytec.gob.pe/foroafroperuano/interculturalidad.htm>

ANEXOS



PLAN ESTRATEGICO MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD INTERCULTURAL 2006 – 2010

INTRODUCCIÓN

Bolivia el **Qollasuyo** de los Incas fue “El país de los Médicos y Medicinas”
Hoy es el penúltimo país de América en los indicadores de Salud

Ante el gran desafío de dar la vuelta a esa chompa que hemos usado del revés durante 500 años, nos vemos hoy en la necesidad de asumir compromisos nuevos.

A veces los seres humanos nos hemos dado el lujo de excluir a los diferentes, de utilizar nuestra ciencia para dañar a otros seres humanos, utilizar nuestra medicina para impedir que otros puedan curar con la suya.

No imitemos esas formas de proceder, no devolveremos mal por mal. Pero buscaremos aceptar las formas diferentes de ver la salud y conservarla como algo propio de cada una de las culturas, nacionalidades y etnias del común territorio que habitamos.

FUNCIONES DEL VICEMINISTERIO

- ✿ Diseñar la política de promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria, en el marco de la interculturalidad y adecuación étnico – cultural de los servicios de salud.
- ✿ Diseñar un modelo de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria, respetando la interculturalidad en las comunidades, suyus, marcas, ayllus, tentas, capitanías y otras territorialidades y formas de gestión política en el país.

- ✿ Incorporar prácticas de medicina tradicional en el sistema nacional de salud e implementar un sistema de registro y codificación de terapéutica tradicional y alternativa, e incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos.
- ✿ Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa.
- ✿ Fomentar la investigación en medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.

MEDICINA TRADICIONAL

- ✿ Este Viceministerio se debe a las Medicinas Tradicionales, es decir a las medicinas que han sido transmitidas oralmente de generación en generación. Que en Bolivia fácilmente llegan a las 40, ya que cada cultura tiene también su propia medicina.
- ✿ Medicina Tradicional es saber cómo alimentarse, cómo conservar la salud y curarse con los elementos propios y al alcance de la mano.
- ✿ Son sabidurías en peligro de perderse.

MARCO GENERAL

En las estrategias de Atención Primaria de Salud en Alma Ata, 1978, se establece claramente: **Que la Salud es un derecho de todos y que todos debemos participar en la Salud, con inclusión de parteras/os, y médicos tradicionales** (Cap. VII).

En las **Conclusiones del Noveno Congreso de Médicos Tradicionales** efectuado en La Paz en 1979, se marcaron los objetivos principales del camino recorrido hasta ese momento.

D. Rufino P´axsi en nombre de los participantes expuso ante la Dra. Aída Claros de Bayá, Ministra de Salud y ante el representante de la OPS/OMS Dr. Wladimiro Rathauer, lo siguiente: “No vamos a pedir al Ministerio ni títulos ni sueldos, lo que solicitamos es **respeto** por nuestra Medicina; **diálogo** entre el Ministerio y nosotros; que **se investigue**; que **se estudie y enseñe**; que nos dejen practicarla sin que nos digan brujos”.

La Ministra respondió: “**Organícense y hagamos Convenios con el Ministerio**”.

Consideramos que estos planteamientos, nacidos de ellos mismos, siguen vigentes hoy y se constituyen **en los pilares de estas Políticas**

LAS METAS DEL MILENIO.- LAS HACEMOS NUESTRAS

- ✿ Reducir la Pobreza a la mitad para 2015
- ✿ Reducir la morbilidad de los menores de 5 años a la mitad
- ✿ Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes.
- ✿ Detener y disminuir el avance del VIH/SIDA, la Tuberculosis, Chagas y Malaria

UNA ESPERANZA Y UNA META:

En el Informe de la Comisión de Desarrollo Humano de la O.N.U. para marzo de este año se dice:

“Por primera vez se acepta como una verdad que la humanidad está preparada para terminar con la pobreza en el Mundo. Se cuenta con el conocimiento, la técnica y los recursos para terminar con la pobreza en el mundo entero. La experiencia de muchas instituciones y ONGS en el mundo demuestra que si existe participación de la población en la solución de sus problemas y voluntad política de los Gobiernos y de las fuentes de recursos los problemas de la pobreza se pueden solucionar.”

Nos toca a todos/as participar en la solución de nuestros propios problemas de salud y nutrición y tener la voluntad política de organizarnos para trabajar todos en el mismo camino, hacia la misma meta

SITUACIÓN

- ✿ Diversidad geográfica, étnica y cultural
- ✿ Gran parte de la población opta por utilizar inicialmente el conocimiento y la práctica tradicional en el cuidado de la salud.

- ✿ No todo es claro en la medicina tradicional, en ella también encontramos problemas
- ✿ Si bien existe una Resolución Ministerial de 1987 y la ratificación del Convenio 169, de la OIT, que habilita y reconoce la práctica y ejercicio de la medicina tradicional, no se ha hecho mucho y quedan vacíos procedimentales.
- ✿ La población ya ha producido en la práctica articulaciones entre las diferentes medicinas. Hay que considerar también que quienes ejercen la medicina tradicional y/o natural hacen uso de productos o técnicas no exclusivamente tradicionales, debido a la dinámica del desarrollo tecnológico

CRITERIOS FILOSÓFICO-IDEOLÓGICOS

Las anteriores afirmaciones nos ofrecen los criterios para trabajar en las Líneas de acción y políticas a diseñarse en esta temática:

- ✿ Interculturalidad que quiere decir respeto al diferente, diálogo con él, aceptación de los derechos de todos a participar en la salud.
- ✿ Igualdad de derechos y oportunidades con inclusión y sin exclusiones de ninguna clase

CRITERIOS OPERATIVOS

- ✿ Lo que viene planificado desde arriba y desde lejos no se acepta.
- ✿ La iniciativa compartida suele tener éxito
- ✿ La iniciativa de la población apoyada desde las esferas del poder tiene el éxito asegurado.
- ✿ La articulación de los dos sistemas debe iniciar un proceso gradual, integrado y compartido que permita establecer los primeros puentes de comunicación e interacción, para que en un futuro próximo estos puentes de articulación se reproduzcan y afiancen una labor conjunta

VISIÓN

En el año 2010 tendremos una buena articulación entre el sistema público de salud respetuoso de las culturas originarias, cercano a las medicinas tradicionales, que han recuperado y desarrollado sus potencialidades para responder a las crecientes demandas de atención y defensa de la salud de la población boliviana.

MISIÓN

El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad tiene la misión de velar por la preservación y fortalecimiento de las medicinas tradicionales basadas en la utilización de recursos naturales de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias de la patria, de modo que trabajen en forma complementaria y articulada con el sistema público de salud, en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural.

PROPÓSITO

Contribuir a que la población boliviana alcance mejores niveles de nutrición y salud mediante un modelo de atención y gestión de salud: abierto, equitativo y con capacidad resolutive en todos sus niveles, con el enfoque intercultural siempre presente.

OBJETIVO GENERAL

Lograr que todas las redes de servicios de salud actúen en forma convergente con la medicina tradicional, con enfoque intercultural, con equipamiento e infraestructura certificados y con disponibilidad de insumos esenciales para los problemas priorizados en la política de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✿ Formular, desarrollar e implementar medidas de políticas públicas, normas y procedimientos de salud intercultural.
- ✿ Mejorar la accesibilidad a los servicios públicos de salud mediante la articulación efectiva de la medicina tradicional y la medicina académica.
- ✿ Fortalecer las medicinas tradicionales en sus contextos culturales, sociales e institucionales con la participación de las organizaciones indígenas y originarias.

- ✿ Incrementar el conocimiento y mejorar las prácticas nutricionales y sanitarias de los individuos, familias y comunidades.

RESULTADOS ESPERADOS

- ✿ Política y normas de salud intercultural implementadas.
- ✿ Los proveedores de los servicios de salud responden a criterios de calidad con enfoque intercultural.
- ✿ La población conoce, participa organizadamente y decide planes de salud interculturales.
- ✿ Las Organizaciones Indígenas y Pueblos Originarios implementan sus propios planes de salud y sus propios centros de enseñanza y aprendizaje de sus propias medicinas.
- ✿ Redes de servicios de salud adecuadas para atención de calidad con enfoque intercultural.
- ✿ Medicina Tradicional fortalecida y relacionada activamente con el desenvolvimiento del sistema nacional de salud.

POLÍTICA Y NORMAS DE SALUD INTERCULTURAL IMPLEMENTADAS

- ✿ Política de salud intercultural (ley) implementada en todo el SNS
- ✿ Guías y protocolos de nutrición, maternidad, AIEPI, SSR, adolescentes, adecuados interculturalmente.
- ✿ Nuevas inversiones (construcciones y equipamiento) adecuados a sus contextos

LOS PROVEEDORES RESPONDEN A CRITERIOS DE CALIDAD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

- ✿ Capacitación permanente del personal de salud con enfoque intercultural.
- ✿ Capacitación permanente de parte de los médicos tradicionales en beneficio de sus nuevas generaciones.

- ✿ Se consolidan planes de capacitación, similares para todos los centros educativos, para formar técnicos operativos dentro de la medicina tradicional y natural.
- ✿ Cursos de pre y postgrado en todas las facultades de ciencias de la salud.
- ✿ Competencias interculturales del personal fortalecidas.

LA POBLACIÓN CONOCE, SE ORGANIZA Y PARTICIPA EN PLANES DE SALUD INTERCULTURALES

- ✿ Consolidación de la Mesa de Salud Intercultural, con participación de los grupos étnicos.
- ✿ Mecanismo de supervisión y asistencia técnica
- ✿ Estrategia de comunicación implementada, especialmente en nutrición

LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS Y PUEBLOS ORIGINARIOS IMPLEMENTAN SUS PROPIOS PLANES DE SALUD

- ✿ Autodiagnósticos
- ✿ Perfiles epidemiológicos culturales
- ✿ Planes de salud (CIDOB, CSUTCB, CONAMAQ...)

REDES DE SERVICIOS DE SALUD ADECUADAS PARA ATENCIÓN DE CALIDAD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

- ✿ Planes Departamentales y Municipales de Salud Intercultural
- ✿ Albergues familiares y comunitarios en centros de segundo nivel
- ✿ Redes aplican protocolos de atención intercultural
- ✿ Centros de salud con huertos y farmacias mixtas
- ✿ Médicos y parteras tradicionales articulados en el trabajo de los centros

MEDICINA TRADICIONAL FORTALECIDA Y RELACIONADA ACTIVAMENTE CON EL DESENVOLVIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- ✿ Investigaciones sobre medicina tradicional con y para médicos tradicionales
- ✿ Generación de instancias de recuperación y recreación de la medicina tradicional
- ✿ Investigar, sistematizar y socializar la investigación de las plantas medicinales, privilegiando la investigación clínica, operativa y toxicológica
- ✿ Devolver, recuperar o reeditar, para sus dueños (etnias y nacionalidades) las investigaciones de los cuadros básicos de las diversas regiones de Bolivia ya realizadas.
- ✿ Recuperar la investigación dispersa de las plantas arbustivas existentes en Bolivia, sabiendo que la investigación pendiente es la de los árboles amazónicos (Nordenskjold) estableciendo criterios y principios de una investigación activo - participativa, sistematizada y socializable.

ALGUNOS TEMAS PRIORITARIOS

- ✿ Formular una política efectiva, de Estado, ampliamente debatida y profundamente enraizada en la experiencia nacional e internacional (Seminario)
- ✿ Debemos realizar una estrategia de valoración, producción ecológica, de calidad y mercado interno y externo de los alimentos bolivianos considerados **“Estrella”**: **Quinoa, Qañawa, Amaranto, Tarwi, Maca etc (Protocolos y Estrategia de Comunicación)**
- ✿ Hacer que las investigaciones ya realizadas con éxito como es el caso de la savia del Plátano guayaquil para la TB, como de la Evanta para la Leishmaniasis, se apliquen en formas farmacéuticas donde se necesiten.
- ✿ Promover cadenas productivas de las plantas medicinales cultivadas ecológicamente, para elaborar medicamentos de calidad, con licencia para surtir las boticas populares y la demanda tanto nacional como internacional.
- ✿ Facilitar la elaboración de productos farmacéuticos como jarabes expectorantes, pomadas, cremas, linimentos, tinturas y otros que se multipliquen en otras formas farmacéuticas y añadir medicamentos derivados de los aceites esenciales y derivados de la colmena.

- ✿ Hacer que la medicina tradicional de cada región se recupere y se valore, se aprenda y se enseñe en Institutos de cada región y en los distintos niveles educativos desde la escuela hasta la universidad.
- ✿ Incorporar en el pensum y los currículos de las las Facultades de Ciencias de la Salud, tanto la Antropología Medica, como la Interculturalidad en la Salud, el conocimiento de la Cosmovisión de las Medicinas Tradicionales de cada departamento, y las lenguas, valorando la sabiduría boliviana en esta materia.
- ✿ Que en cada región se inicien cursos de su Medicina Tradicional en que personas de conocimiento, por turnos, capaciten a las nuevas generaciones, haciendo uso del “Calendario Agrícola” (respetando los tiempos de siembra y cosecha como vacaciones), en su propia lengua y sistematizando el conocimiento impartido, de modo que se elaboren los propios textos de enseñanza.
- ✿ Aprovechar las redes y medios de comunicación tanto televisivas radiales y otras para difundir mensajes, consignas, recetas y conocimientos técnicos acerca del valor de los alimentos y de las plantas medicinales bolivianos de cada región, en sus propias lenguas.
- ✿ Apoyar la ejecución de los planes de CIDOB, CSUTCB, CONAMAQ (Autodiagnósticos, censo de parteras/os y médicos tradicionales, Demandas, Constituyente)
- ✿ Otorgarles una acreditación cuando sus comunidades de origen los garanticen en un documento de apoyo a sus cualidades.
- ✿ Tener un Reglamento consensuado y claro para los que ejercen otro tipo de medicinas naturales, alternativas o complementarias
- ✿ Profundizar y extender la implementación de la atención de la maternidad con enfoque intercultural, hacia otras regiones y en otros temas prioritarios.
- ✿ Habilitar a las redes de servicios para el trabajo conjunto con médicos y parteras tradicionales
- ✿ Adecuar infraestructuras y equipos
- ✿ Capacitar personal
- ✿ Dinamizar las Jefaturas Departamentales de Medicina Tradicional
- ✿ Abrir oficinas de salud intercultural en hospitales

- ✿ Establecer farmacias mixtas, huertos y albergues

Presupuesto

- ✿ El 2005 se empleó cerca de 400.000 \$US
- ✿ Entre 2006 y 2010 se estima invertir cerca de 2.000.000 \$US

Jaime Zalles Asin.
Viceministro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural.

La Paz, Abril de 2006



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

POLITICA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS

ENERO 2003

La Construcción de la Política debe ser un proceso permanente y participativo, en el que todos los actores están llamados a aportar.

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, 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 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

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

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

PRINCIPIOS Y MARCO CONCEPTUAL

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.

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.

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.

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: 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 concurren y del que se benefician 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

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

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

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

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.

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 bio-psico-social y cultural.

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

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.

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 sí 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.

Estrategias

- √ 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.⁵ Esto 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.

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;

- √ 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.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

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.

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 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.

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

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

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.⁷

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.

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.

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.

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.

⁷ 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

- √ Incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud; incorporar la mirada intercultural en los planes comunales de salud, 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.
- √ Implementación de estrategias que permitan avanzar en el desarrollo una Epidemiología con enfoque intercultural.
- √ Fortalecer el desarrollo de iniciativas innovadoras; experiencias de complementariedad de sistemas médicos.
- √ Crear áreas de demostración urbana 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.

SALUD AMBIENTAL

Antecedentes

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.

Estrategias

- √ Planificar en conjunto con las comunidades y organizaciones indígenas, orientada a solucionar los problemas ambientales más urgentes.
- √ 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.
- √ Capacitar a las distintas unidades de medio ambiente en zonas de alta concentración de población indígena en cosmovisión y cultura indígena del medio ambiente.
- √ 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.

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.
- √ Considerar elementos de orientación y luminosidad acordes a cosmovisión indígena del área involucrada.
- √ Señalética adecuada interculturalmente.
- √ Considerar espacios de acogida para la familia.

RECURSOS HUMANOS

Antecedentes

El desarrollo de Recursos Humanos constituye uno de los ejes prioritarios de los planes nacionales de salud. 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.

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.