

GRUPOS ETNICOS Y SUS VINCULOS CON EL MODELO DE SALUD FAMILIAR

EL CASO DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR-CESFAM 6 SECTOR NOR-ORIENTE DE LA
COMUNA DE RANCAGUA

Marcelo Torres Fuentes**

Trabajador Social. Doctor en Análisis de Problemas Sociales, Magíster en Políticas Sociales y Gestión Local, docente Escuela de Trabajo Social Universidad Católica Silva Henríquez y Universidad Tecnológica de Chile sede Rancagua. Encargado de Investigación y Estudios Sociales Corporación Municipal de Rancagua área salud E-correo: mtorres@ceatso.com

RESUMEN:

El contexto institucional de esta investigación se da en el Centro de Salud Familiar N°6 Ignacio Caroca Caroca de la Corporación Municipal de Rancagua, durante el año 2017. En ese contexto se agradece el apoyo del equipo de Inclusión Social y de todos aquellos que hicieron posible éste estudio. Es relevante señalar que esta investigación fue de carácter cualitativa donde se analizan un conjunto de dimensiones que hoy están afectando los procesos de inclusión social de las personas que pertenecen a los diversos grupos étnicos a nivel local; es en éstos espacios y en la cotidianeidad de las relaciones que se establecen a nivel comunitario donde se manifiestan los principales aciertos y desaciertos de la política pública en salud.

PALABRAS CLAVES: GRUPOS ETNICOS- COMUNIDAD- CULTURA- SALUD INTERCULTURAL

ABSTRACT:

The institutional context of this research is given in the Family Health Center No. 6 Ignacio Caroca Caroca of the Municipal Corporation of Rancagua, during the year 2017. In that context, the support of the Social Inclusion team and of those who did possible this study. It is important to point out that this research was qualitative in nature, analyzing a set of dimensions that are currently affecting the processes of social inclusion of people belonging to different ethnic groups at the local level; it is in these spaces and in the daily life of the relations that are established at the community level where the main successes and failures of public policy are manifested.

ANTECEDENTES DEL TEMA.

Según los datos ofrecidos por la ONU (Organización de las Naciones Unidas) existe un total de trecientos millones de personas que pertenecen a pueblos indígenas y que viven como tal a nivel mundial, por ejemplo, los Aymara, Guaraníes, Mapuches, Incas y los Aztecas son algunos de los pueblos indígenas que existieron o existen en el territorio americano (López, 2009). América, es el continente donde existen más pueblos indígenas que se encuentran repartidos en países tales como Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador o México, entre otros.

Por primera vez en Chile, en el Censo de Población y Vivienda de 1992, se incorporó una pregunta para conocer el porcentaje de población indígena...en dicho censo se preguntó "*Si Ud. Es chileno, ¿se considera perteneciente a alguna de las siguientes culturas?*" Y solo se daban opciones para identificarse con las tres etnias indígenas mayoritarias de Chile (Mapuche, Aymara o Rapa Nui). De acuerdo a información recogida, el 10,3% de la población total del país (que en ese entonces era de 13.348.401 habitantes) mayor de 14 años se auto identificó como pertenecientes a algunos de estos tres grupos étnicos, lo que arrojó una cifra total de 998.385 indígenas, 504.986 hombres y 439.399 mujeres. Dentro de este marco poblacional, la etnia mapuche era ampliamente mayoritaria dentro de la población indígena, con el 93% del total, seguido de la Aymara (4,9%) y Rapa Nui (2,2%).

En el Censo de Población y Vivienda realizado el año 2002 la pregunta para conocer el porcentaje de población indígena cambió. En esta ocasión se preguntaba "*Si Ud. Es chileno ¿se declara perteneciente a alguna de las siguientes culturas?*", extendiendo las opciones a las ocho etnias reconocidas en la legislación vigente de la época (Mapuche, Aymara, Rapa nui, Atacameña, Quechua, Colla, Diaguita y Alacalufe). La modificación de la pregunta arrojó cambios significativos en los porcentajes encontrados, lo que dificulta en gran medida las posibilidades de hacer comparaciones objetivas. En este Censo del 2002, la población total del país era de 15.116.435 habitantes, de las cuales 692.192 personas se declaró pertenecer algún grupo étnico, correspondiendo al 4,6% de la población mayor de 14 años, siendo 349.557 hombres y 342.635 mujeres.

Por último, en el Censo del año 2012, la pregunta para conocer el porcentaje de población indígena cambio. En esta ocasión se preguntaba "*¿se consideraba perteneciente a algún pueblo indígena?*", permitiendo optar por las ocho etnias que reconoce la Ley y dejando una alternativa abierta en el caso de "*otra*". La información evidencia que 1.842.607 personas se identificaron como pertenecientes a un pueblo indígena (un 11,08% de la población total). Nuevamente los mapuches son mayoritarios con un 81,9% de la población total indígena, seguidos de la Aymara (6.2%), Diaguita (2.46%) y Colla (0.74%), sumando las restantes un 1.69%. Cabe señalar que, asimismo, un 4.5% de quienes se declararon pertenecer a un grupo étnico escogió la categoría "*otro*" (83.179 personas) (Figueroa V. 2014)

La relación entre la población indígena respecto de la población total en las regiones, se puede señalar que en la región del Bio –Bio (23,5%), Arica y Parinacota (11,5%), Araucanía (9,5%) y De los Ríos (8,9%). Si bien la Región Metropolitana contiene el 27,7% de la población indígena, en términos de proporción ésta solo alcanza el 3,2% del total de la población de la región. En el resto de las regiones, la población indígena constituye el 6,5% o menos, siendo la región de Coquimbo y del Maule las que tienen los porcentajes más bajos (ambas 0,9%). Con lo señalado anteriormente en los gráficos N°1 y 2 se puede deducir que en la región de O'Higgins, el número de culturas étnicas corresponde al 1.5%, si bien es un porcentaje bajo, es importante como región y específicamente como comuna aportar al trabajo intercultural que se debe de realizar en cada uno de los establecimientos de salud como estrategia de preservación de la identidad de los pueblos originarios.

Gráfico N° 1

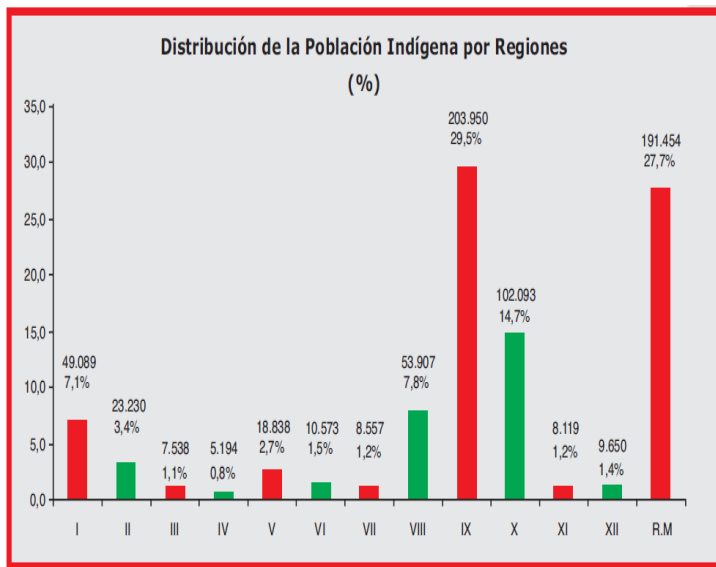
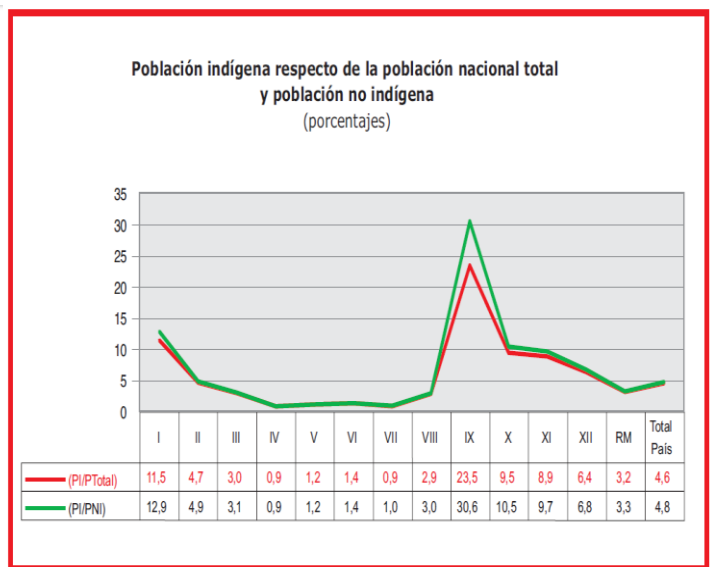


Gráfico N°2



Otro dato relevante lo aporta la encuesta CASEN 2013 donde se señala que las personas pertenecientes a los pueblos indígenas presentan mayores índices tanto de pobreza, como de pobreza extrema, del mismo modo presentan mayores tasas de analfabetismo (5.0 versus 3.6 de la población no indígena), la cual aumenta en las zonas rurales (10.1 indígenas en zonas rurales versus 3.6 de la población no indígena), un 68,9% de la población indígena es urbana, un 77% no habla ni entiende lenguas originarias y solo un 12% habla y entiende, siendo la mayoría de ellos mayores de 60 años.

Por otra parte, un 20% de la población indígena en Chile vive en pobreza y en promedio perciben remuneraciones más bajas que una persona con el mismo nivel educacional no perteneciente alguna etnia. En materia de salud hasta la fecha resulta difícil explicitar los perfiles epidemiológicos de las poblaciones indígenas del país, dada la ausencia de la variable étnica en las estadísticas vitales y en los registros de salud (Pedrero M. Oyarce A. 2009, pág. 230), dado que los sistemas de registro de información respecto de éste grupo de la población y otros que emergen en nuestro país (inmigrantes) no permiten visualizar información respecto de las

principales características, situaciones y problemáticas que viven en la cotidianeidad de espacios locales. “Lo anterior explica que las construcciones de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones indígenas son absolutamente biomédicas, donde el riesgo es concebido como un factor individual y no como parte del grupo o de la sociedad de pertenencia. Esta mirada biomédica de la epidemiología no cuestiona los mecanismos de producción de la enfermedad, por ejemplo, entre las desigualdades económicas, la explotación o los mecanismos de dominación con los factores socioeconómicos y éstos con los hábitos de la salud de los grupos sociales”. (Cabieses. B, y otros, 2016;353). Una de las acciones que se han implementado en el país para abordar la vulnerabilidad social en salud ha sido lo que se denomina “salud intercultural” concepto que hace referencia a un “conjunto de acciones y políticas que tienden a visibilizar e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención en salud, como a generar una comunicación y diálogo entre personas pertenecientes a distintas culturas” (Cabieses. B, y otros, 2016 pág. 357). En definitiva, la salud intercultural apunta al equilibrio, a las posibilidades que ambas miradas puedan ser implementadas en igualdad de condiciones.

ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIOPOLÍTICOS

La Dirección de Asuntos Indígenas (DASIN) fue creada en 1953 y funcionó hasta 1972, en el mismo año se creó el Instituto de Desarrollo Indígena (IDI). El IDI desaparece en el gobierno militar, siendo reemplazado legalmente en 1990 por la Comisión Especial de Pueblos Indígenas (CEPI) y en 1994 por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígenas (CONADI) dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (Vergara y otros 2013). Durante la década del 90 hubo un rediseño de las políticas sociales, el cual consistió en crear nuevas instancias gubernamentales con recursos para invertir en aquellos sectores postergados por el modelo económico impulsado por la dictadura militar, lo que viene a dar cuenta de un cambio sustantivo en la lógica de acción de la política social, antes centrada casi exclusivamente en el desarrollo de temas sectoriales y subsidios sociales focalizados.

Durante el primer gobierno democrático, se genera un proceso de trabajo con los pueblos originarios, que parte con el acuerdo de Nueva Imperial, el cual, consistió en promover una nueva relación de los pueblos indígenas y el Estado; fue el presidente Aylwin quien formó la Comisión Especial de los Pueblos Indígenas llamado CEPI que tuvo por función asesorar al Presidente de la República en la determinación de las políticas sociales respecto de los grupos étnicos indígenas que integran la sociedad chilena, con ello se formuló la ley indígena N°19.253 posteriormente se creó la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena CONADI, la cual es la responsable de velar por el cumplimiento de la ley. Lo relevante de dicha iniciativa fue reconocer: “los indígenas son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos; que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias; y que para ellos la tierra es el fundamento principal de su existencia y cultura”. Lo cual esta ley reconoce que los pueblos indígenas son: Alacalufe, Atacameño, Aymara, Colla, Diaguita, Mapuche, Quechua, Rapa Nui y Yamana.

Por lo tanto, desde el año 1996 el Ministerio de Salud mantiene un Programa Especial de Pueblos Indígenas que tiene por finalidad avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud de las personas integrantes de los pueblos originarios de nuestro país. La necesidad de avanzar en la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en materia de salud se fundamenta en un sistema de la salud articulado de representaciones y creencias, con las que cada pueblo interpreta la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano, lo que determina sus formas de prevenir y curar las enfermedades, mitigar o eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida.

En esta lógica la CONADI, institución pública descentralizada y especializada, tiene como misión promover, coordinar y ejecutar la acción del Estado, a favor del desarrollo integral de las personas y comunidades indígenas especialmente en lo económico, social y cultural y de impulsar su participación en la vida nacional. Además de proporcionar algunos servicios directos, entre los cuales destacan: ejecutar el fondo de tierras y aguas orientado a dar respuesta a las demandas de ampliación, protección y promoción de la adecuada explotación de tierra y agua; orientado a satisfacer las necesidades productivas y condiciones de vida en las familias, comunidades y organizaciones indígenas, y el fondo de cultura y educación que pretende dar respuesta a las demandas de conservación y desarrollo del patrimonio cultural bilingüe. En este sentido el Estado de Chile, en conformidad con las normas legales vigentes y tratados internacionales promulgados como ley de la República, se encuentra con el deber de respetar, reconocer y proteger los sistemas de salud de las culturas indígenas, es por ello que el Ministerio de Salud en el marco de los acuerdos adoptados en relación al Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas, asumió el compromiso de efectuar el reconocimiento expreso de la validez de los sistemas de salud de los pueblos indígenas de Chile. De manera que el Estado debe reconocer que los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura, en este contexto, es primordial que las sociedades logren respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades.

Por último, el Estado se encuentra implementando como proyecto de ley el “Ministerio de Pueblos Indígenas”. El Ministerio de Pueblos Indígenas, en adelante también he indistintamente “el Ministerio”, será la Secretaría de Estado encargada de colaborar con el Presidente de la República, en el diseño, coordinación y evaluación de las políticas, planes y programas destinados a promover y a fortalecer el desarrollo de las personas, comunidades y pueblos indígenas, proteger los derechos de esos pueblos y sus comunidades y de garantizar el respeto de su integridad. Los pueblos indígenas participarán en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional. El Ministerio velará, en general, para que los pueblos indígenas puedan gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales sin obstáculos ni discriminación, promoverá la plena participación de dichos pueblos y sus miembros en los planos culturales, políticos, económicos y sociales; y velará por el cumplimiento de las obligaciones contenidas en los instrumentos internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes. Los órganos de Estado, en el ejercicio de sus competencias y en la aplicación de políticas sectoriales destinadas a promover los derechos indígenas, deberán propender a una adecuada promoción, desarrollo y fortalecimiento de la

identidad, lenguas, instituciones y tradiciones sociales y culturales de los pueblos, comunidades y personas indígenas.

Al Ministerio le corresponderá, esencialmente, planificar y desarrollar políticas y medidas especiales que aseguren a los miembros de los pueblos indígenas gozar, en igualdad de condiciones, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población. Tales medidas deberán, asimismo, promover la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones y sus instituciones, como, asimismo, deberán contribuir a la eliminación de las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros de dichos pueblos y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida.

Es en ese contexto y en la lógica de la intersectorialidad de las políticas públicas, el Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, a través de la formulación, control y evaluación de planes y programas generales en esta materia, definición de objetivos sanitarios nacionales, coordinación sectorial e intersectorial para el logro de dichos objetivos, y la dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas. Además, recae en este dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Y formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena. Se considera, la colaboración y complementariedad entre la atención de salud que otorga el sistema y la que provee la medicina indígena, es decir, para aquellas comunas con altas concentraciones indígena se pretende obtener una solución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural.

Es por esto que 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 atención primaria desde un enfoque bio-médico, por uno más integrador, que considere los aspectos culturales, espirituales, sociales. Un modelo de atención con un enfoque intercultural debe incorporar la pertenencia cultural de los servicios, desarrollando iniciativas innovadoras que pueden abarcar desde lo normativo hasta las acciones que puedan afectar a la comunidad, para así poder avanzar en el desarrollo un modelo de atención que reconozca la medicina tradicional indígena, donde se pueda promover encuentros entre el personal de salud convencional y el método medicinal de esta cultura étnica.

La medicina convencional y la medicina indígena son las dos alternativas médicas existentes más comunes en nuestro país. Para la Organización Mundial de la Salud dice que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la comunidad (MINSAL.2013), *referido a esto* la Medicina Biológica o Convencional dice que “la medicina científica, que se estudia en las universidades y cuyo paradigma básico se funda en las relaciones causa efectos lineales entre las carencias, los

microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con el ambiente y el desarrollo de la enfermedad y por tanto su curación.

La Medicina de los Pueblos Indígenas menciona que “la salud expresa relaciones dinámicas entre componentes inseparables, en lo individual (físico, mental, espiritual y emocional), lo colectivo (político, económico, cultural y social) y entre lo natural y lo social” (OMS 1998;14). La concepción de los pueblos indígenas respecto a la salud, está “vinculada una perspectiva integral del mundo, como consecuencia, se prefiere definir la salud en términos de un bienestar integral que incorpora, infaltablemente, la dimensión espiritual” (Rojas. R. 2001;14).

De esta manera, el concepto de “salud integral” abarca, el bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo, su familia y de su comunidad en condiciones de equidad. Visto así, la salud de las poblaciones indígenas es una resultante de la integración de elementos fundamentales, como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en lo que respecta a su alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y, especialmente, sus posibilidades de acceso, acorde al derecho que les asiste, a los servicios públicos de atención de la salud en condiciones de equidad y dignidad.

De acuerdo a lo anterior la salud, es un derecho humano que asiste a todas las personas, indistintamente de su género, religión, color, etnia, idioma. Es un derecho que da la oportunidad de recibir atención de salud en lo personal, lo familiar y en lo comunitario, y es un deber y responsabilidad del Estado, asegurar efectivamente los derechos a la salud de las poblaciones indígenas. De acuerdo a este contexto se sitúa el enfoque de derechos en la salud desde la diversidad cultural de los pueblos indígenas y a los derechos específicos en materia de salud indígena, acorde a dos instrumentos fundamentales: Los Arts. 6, 24 y 25 del Convenio No. 169 de la Organización Internacional del Trabajo OIT “obliga al Estado a extender progresivamente la seguridad social a los pueblos indígenas y la responsabilidad de que los servicios de salud sean adecuados y tomen en cuenta las medicinas tradicionales, y - La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas (SAPIA) de la Organización Panamericana de la Salud, establece un conjunto de principios para el trabajo con las comunidades indígenas(OPS 1994), ya sea en el abordaje integral de la salud, la autodeterminación de los pueblos indígenas, la participación sistemática, el respeto y la revitalización de las culturas indígenas y la reciprocidad en las relaciones. Estos derechos avalan la necesidad de un desarrollo institucional apropiado y que los servicios de salud se centren en las personas a quienes se les deben reconocer sus derechos específicos, tanto como personas individuales como a colectividades específicas que poseen una identidad particular. En este contexto, el bienestar es concebido por los indígenas como “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” (Rojas.R.1978,7)

En cuanto a la Medicina Indígena en términos generales, se entiende como “el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra.

Puede considerarse también como una firme mezcla de la práctica médica activa y la experiencia ancestral” (OPS, 1994). La medicina tradicional es “*un sistema*”, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales y porque existe población que confía en ella, lo solicita y lo practica. Es entonces que la Medicina Indígena Tradicional son aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos, metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena.

Por último, los pueblos indígenas son considerados minorías no solo en nuestro país, sino que también a nivel internacional, es por ello que esta investigación toma gran relevancia al considerar a los grupos étnicos como un actor relevante en el desarrollo de los territorios. Esta investigación se focalizará en conocer y describir los procesos de inclusión social de las personas que pertenecen alguna etnia y que están inscritos en centro de salud Familiar del sector más vulnerable de la comuna de Rancagua (CESFAM n°6), con el fin de analizar si los programas implementados han logrado efectividad de acuerdo a los objetivos planteados por la respectiva política pública. El análisis presentado intenta establecer una base de información que plantea grandes desafíos en el área de la investigación, probablemente, se requerirán de otros estudios más focalizados y de metodologías de carácter mixto para descubrir otras variables vinculadas a esta temática. Por ello la hipótesis y la pregunta de investigación indican: **HIPÓTESIS** El CESFAM 6 a partir de los diversos programas dirigidos a los grupos étnicos aportan al proceso de inclusión social, al mejoramiento de la calidad de vida y a una visión intercultural en la atención en salud. Y la **PREGUNTA DE INVESTIGACION** señala ¿Qué sentido tiene para los grupos étnicos inscritos en el CESFAM 6 su proceso de inclusión social?

DESARROLLO ARGUMENTATIVO DEL ESTUDIO

La diversidad es un hecho ineludible, mujeres y hombres, personas de distinto credo, de grupos étnicos diferentes, individuos con distinta orientación sexual o personas con distintas identidades, cuales quieran que sea, conviven en espacios políticos compartidos desde siempre (Smith. V 2006). Para esta investigación es relevante tener en cuenta este concepto, el cual se define como aquella interacción entre diversas personas, grupos o comunidades, sin importar sus condiciones culturales y/o físicas, en que cada persona se encuentra en igualdad de derechos y oportunidades a pesar de aquellas diferencias. Por lo tanto, las oportunidades y condiciones existentes para los grupos étnicos, no sólo dependen de las mismas, siendo imperativo el hecho de la colaboración de las entidades gubernamentales para satisfacer necesidades de distintas índoles por sobre todo las que tiene que ver con la salud. (Smith. V 2006)

Además, muchos de los conflictos que viven día a día, estas minorías se relacionan netamente con las desigualdades que existen en el acceso que estos tienen para los servicios, recursos, oportunidades y en general en cuanto al acceso a la toma de decisión. Hasta este punto no

cabe duda que sus derechos han sido transgredidos tanto por la ciudadanía como por el Estado mismo, restando para los mismos la importancia necesaria que debiesen tener como pueblos originarios.

En este sentido los Grupos Étnicos son entendidos como "Identidad étnica que hace referencia al sentido de pertenencia a un grupo étnico y a la parte de los procesos emocionales, de acción y pensamiento que se derivan del reconocimiento de la propia etnicidad. Grupo étnico será definido aquí como un grupo humano "que se distingue por tener ciertas características culturales comunes entre sí, pero diferentes a las de otros grupos humanos". (Smith. V 2006;34)

Por lo tanto, según lo mencionado por este autor, es posible corroborar que los pueblos originarios han sido excluidos por la sociedad debido a que son reconocidos como personas con características diferentes a la de otros grupos humanos, cabe mencionar en este sentido y en conjunto con todo lo señalado en la investigación, que muchas de estas tradiciones y costumbres que diferencian a los grupos étnicos, están presentes según quien se identifique con ellos, o directamente tienen una descendencia más próxima a los grupos étnicos. Es importante señalar que las discriminaciones, exclusiones y marginaciones hacia los grupos originarios tienen su origen en las condiciones de desigualdad a las cuales se ven enfrentados en el día a día; a pesar de ser minorías, están presentes en esta sociedad y por lo tanto deben ser aceptadas y reconocidas, resguardando y protegiendo su identidad.

De acuerdo a lo anterior la calificación de grupos étnicos puede entenderse tanto desde un punto de vista biológico como social. En este sentido, la pertenencia de un individuo a un grupo étnico determinado tiene que ver con la información o datos que lleva en sus genes y que hará que indefectiblemente nazca con muchos rasgos físicos y biológicos similares a los de sus ancestros, por ejemplo, un color de piel oscura, un tipo de pelo rizado, ojos claros o estatura baja por poner algunas posibilidades. Lo social entra en el concepto de grupos étnicos cuando se habla de todo lo que crea el ser humano que escapa a la naturaleza y que conforma la identidad de ese grupo, por ejemplo, las formas y prácticas religiosas (oficiales o paganas), el tipo de organización social (patriarcal o matriarcal), las formas de entretenimiento o diversión, la gastronomía, el lenguaje y las diferentes formas de comunicación.

Como se puede concluir respecto al concepto de grupo étnico éste hace relevancia a un conjunto de personas con rasgos biológicos similares, pero más que nada, personas que comparten determinados elementos culturales. De esta manera se puede reflejar que el significado de grupos étnicos hace énfasis en el sentido de pertenencia a una comunidad o grupo de individuos, siendo estos característicos de los demás en cuanto a tradiciones, costumbres, valores, etc... estando muy definidas y permanentes en la idiosincrasia de cada cultura.

Ahora bien, el concepto de etnia, hace referencia a los aspectos culturales comunes que identifican a un grupo de personas, en este sentido el idioma suele estar íntimamente relacionado con este aspecto, aunque la falta de una lengua propio y común no lo excluye. También una religión común podría contribuir a la definición de un grupo como etnia, aunque el avance de las religiones monoteístas en los últimos siglos ha dado lugar a una pérdida de la uniformidad religiosa de la que hacían gala los distintos grupos étnicos. La vestimenta, ritos y celebraciones o desarrollo artístico (a menudo, con la danza y la música como punta de lanza también forman parte de los aspectos con que se define una etnia, ello significa que se trata de

comunidades que tienen la noción de pertenencia a un grupo cultural diferenciado, a menudo con lengua y expresiones artísticas propias e incluso en algunos casos, con religión propia.

Uno de los autores que habla sobre el significado de Grupo Étnico es Max Weber, quién, al referirse a los grupos étnicos, sostiene que *“es necesario subrayar algunas cuestiones que hacen al propósito de “desnaturalizar” las clasificaciones que se trazan respecto a tales unidades”*.

1. Considera en primer lugar, que el grupo étnico es una construcción social cuya existencia es siempre problemática.
2. En segundo lugar, se opone a los abordajes que hacen del aislamiento geográfico y social la base de la diversidad étnica.
3. En tercer lugar, reconoce que la identidad de un grupo étnico se da en la comunicación de las diferencias, de las cuales los individuos se apropian para establecer fronteras étnicas.

Es la relación entre estos tres fenómenos y no su distinción lo que puede ofrecer al investigador una explicación sobre los procesos de constitución y permanencia de los grupos étnicos. Aunque este sea un enfoque dinámico en la definición de grupo étnico, no es suficiente la relación de estas tres consideraciones para abarcar el fenómeno, pues no se considera la dimensión de dominación y sujeción que daría cuenta, como elemento determinante, del proceso histórico de la interacción entre grupos hegemónicos y minoritarios.

En una línea de análisis semejante a la de Weber, Barth afirma, que *“los grupos étnicos no se distinguen uno de otro a partir de un cuerpo cerrado y particular de aspectos culturales, sino que, por el contrario, estos aspectos se movilizan, se desplazan, se marcan o se retraen en situaciones de relaciones de interacción”* (Barth, 1976:45). Es por esto, que se entiende, que la historia de la cultura de un grupo étnico, aunque no se puede conocer independientemente de lo anterior, tiene un devenir propio, rasgos o aspectos que no se desarrollan en forma acumulativa sino cualitativa que provocan la variación y / o la inversión de los rasgos, que pueden permanecer en lo visible o en lo oculto. No es una exposición permanente de rasgos culturales. Por esto se desprende, que un conjunto total de rasgos culturales no permite la distinción entre un grupo y otro, porque la variación cultural no autoriza por sí misma comprender el trazado de los límites étnicos. Sin embargo, el esfuerzo, teóricamente importante de Barth de desnaturalizar el concepto de grupo étnico, se detiene en la categoría que establece de frontera étnica, pues se puede entender que para este autor las estrategias étnicas individuales son modificadas en fronteras de interacción equilibradas.

Philippe Poutignat y Jocelyn Streiff-Fenart consideran que a partir de la influencia de Barth y Moerman, durante la década de 1970, los estudios sobre los grupos étnicos adoptaron un enfoque subjetivista. Esta modalidad de análisis señala, llevar a considerar que: *(...) el grupo étnico no es más definido per se, sino como una entidad que emerge de las diferencias culturales entre grupos que interactúan en un contexto dado de relaciones interétnicas.* (Poutignat, P. y Streiff-Fenart, J.; 1997: 82). La interpenetración y la interdependencia entre los grupos no deben ser vistas como dispersiones de las identidades étnicas, por pérdidas de sus distintivos culturales, sino como condiciones de su resistencia. Se sostiene entonces, con un cierto grado de consenso, que los límites étnicos y el contenido cultural no guardan una relación de interdependencia forzosa; ésta es necesaria, pero los contenidos culturales pueden variar y

modificarse, sin que por ello se advierta una innovación en las situaciones de contacto. Esto hace pensar, que las variaciones culturales se articularían funcionalmente a esas relaciones de contacto para mantener el equilibrio estático y no dinámico de esas situaciones de contacto. (Poutignat, P. y Streiff-Fenart, J.; 1997: 82)

Lo que Barth y Moerman no consideran es lo que está expresando en el análisis de otros antropólogos, como Roberto Cardoso de Oliveira y Roberto Ringuelet, quienes mencionan que; *“La historia de un grupo étnico, es la historia de su "carrera" dentro de la sociedad incluyente con sus pautas centralizadas y su particular concepción de clases y etnia”*. (Ringuelet, R.; 1987: 32). *Es decir*, que toda forma de organización social, al interior de una estructura social dominante, es el producto del proceso de constitución de relaciones de clase, que instalan a cada grupo en la estructura social con el objeto de garantizar las condiciones de reproducción metodológica de la cultura hegemónica.

Al hablar de organización social local, se hace con el sentido de considerar a los grupos étnicos en tanto ámbito donde se desarrollan relaciones que permiten una cierta participación en común en las cuestiones de interés general y que puede dar cuenta de lo "cotidiano" múltiple. Este cotidiano, según Héctor Vázquez, se realiza en función del cumplimiento de expectativas compartidas sobre los distintos dominios de la existencia. Esta noción de coexistencia que define a los grupos étnicos, no como unidades discretas que se sostienen a sí mismas, permite abrir un espacio de reflexión en el cual, el interés está puesto en conocer la dinámica de estas agrupaciones en contextos reales de reproducción social e interacción. Los grupos étnicos, abordados entonces, como organizaciones sociales particulares que se entienden por su existencia relacionada no sólo con grupos semejantes o equiparables en su dimensión social, sino, fundamentalmente con un “contexto mayor, ¿permite caracterizarlos como minorías vinculadas de manera contrastante y contradictoria con una estructura mayor hegemónica!”. (Vázquez H.; 2000: 56). De acuerdo a los diversos autores trabajados, un grupo étnico está compuesto de experiencias, raíces, costumbres y sobre todo creencias que son parte del mismo núcleo, y es lo que permite que esa caracterización que los identifica sea tan específica que los hace parte de sí mismos.

ARGUMENTOS METODOLOGICOS DEL ESTUDIO

El presente estudio se enmarco dentro de lo que se conoce en investigación como metodología cualitativa, la cual se desprende del paradigma teórico/epistemológico Interpretativo de las Ciencias Sociales. Para este paradigma (llamado también hermenéutico o naturalístico), la realidad social está construida sobre los marcos de referencia de los actores. Así, existen múltiples realidades construidas por los actores individuales. Por eso la verdad no es única, sino que surge como una configuración de los diversos significados que las personas le dan a una cierta situación (Briones G, 1998). El conocimiento en este tipo de paradigma se produce de la interacción entre sujeto y objeto, ya que ambos son inseparables, aun cuando el investigador quiera hacerlo. En este tipo de paradigma no es posible hacer generalizaciones, ni menos establecer leyes. El objetivo es entender el fenómeno en lugar de controlarlo. La intención es entender la situación tal cual como existe en un escenario particular, en lugar de predecir lo que quizá vaya a suceder en situaciones similares.

De acuerdo a lo anterior es importante señalar, que la metodología cualitativa es “un tipo de

investigación que produce datos descriptivos de las propias palabras de las personas, habladas o escritas y de la conducta observable...” (Taylor, S y Bodgan, R.; 1992). Se produce entonces una relación entre el investigador y el sujeto, el cual es considerado como un ser único con características propias e irrepetibles. La metodología cualitativa constituye un proceso de creación de la realidad social puesto que está formado por grupos y personas con sus respectivas características, conductas o interacciones en un cierto contexto. De esta manera se pretende descubrir el significado de los diversos grupos étnicos vinculados al CESFAM 6 respecto a su proceso de inclusión social.

Este estudio se sitúa desde **el diseño investigativo no experimental**, es decir, es un método donde no existe manipulación de variables de manera intencionada por parte del o los investigadores. Estos son estudios donde las variables siguen su curso natural para ver sus efectos y/o consecuencias sobre otras variables relacionadas. Según Hernández Sampieri en Kerlinger y Lee (2002) “En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos” (Hernández, 2006) por lo que se deduce que no interfieren estímulos anexos sobre los individuos, obtener la información en su contexto natural, da mayor confiabilidad a los datos e información para su posterior análisis, es por ello que el grupo de investigación se plantea el propósito de conseguir la información de la forma más natural y verídica posible, sin colocar situaciones ajenas a lo cotidiano

En relación al tipo de estudio la presente investigación es un estudio exploratorio con alcance descriptivo dado pues no existen estudios de esta población objetivo en el CESFAM, por ende por primera vez existirá un acercamiento científico respecto de las principales categorías que interesan medir, aunque desde luego pueden integrar las mediciones de cada una de éstas para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés....la descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito”(Hernández, F., Baptista ,1998 Pág. 61). Por lo tanto, en este estudio su carácter Exploratorio con alcance Descriptivo, permitirá descubrir el significado que le dan los grupos étnicos a su proceso de inclusión social en el CESFAM 6 de la comuna de Rancagua.

El método a utilizar en esta investigación será el de estudio de caso pues permitirá un examen intensivo y en profundidad de diversos aspectos de un mismo fenómeno, es decir, es un examen de un fenómeno en específico... y lo estudiamos para obtener la máxima comprensión del fenómeno (Pérez, G, 2004). A partir de las características de esta investigación, fue relevante aplicar este método de investigación ya que permitió conocer en forma detallada y en profundidad cada una de las visiones de los diversos actores involucrados en el estudio. En relación al universo, se puede señalar que estuvo constituido por 106 personas pertenecientes a los diversos grupos étnicos e inscritos en el Centro de Salud. Para ello se trabajó con una muestra no probabilística intencionada, es decir, es una muestra dirigida, ya que, los sujetos en estudio seleccionados presentaron ciertas características específicas que favorecieron la investigación, entre las cuales destacan hombres y mujeres pertenecientes a los diversos grupos étnicos, que se atiendan regularmente en el CESFAM nº 6 y validados al 31 de diciembre del 2016 por el sistema Fondo Nacional de Salud (FONASA)

La técnica de investigación a utilizada fue la denominada entrevista, pues es la más utilizada hasta ahora en las investigaciones sociales y la que sin lugar a dudas ha contribuido más a los logros de la investigación social. Según el diccionario de sociología de Fairchild se define la entrevista como la obtención de información mediante una conversación de naturaleza profesional. También puede ser vista como una conversación entre un entrevistador y una persona que responde a preguntas orientadas a obtener información exigida en los objetivos específicos del estudio (Briones, G.; 1998). De acuerdo a lo anterior la entrevista utilizada fue de carácter GRUPAL, ya que permitió de manera colectiva profundizar datos específicos y áreas temáticas a estudiar en cuanto al significado que tienen los grupos étnicos a sus procesos de inclusión social, logrando de esta manera, que los entrevistados expresen todos aquellos elementos que les parecen importantes a partir de sus relatos de vida. En este tipo de entrevista es importante destacar la utilización de una guía o pauta de entrevista, con temas o preguntas centrales, alrededor de las cuales se realiza la recolección de respuestas o reacciones de las personas entrevistadas, a partir de esa guía o pauta serán animados o estimulados a conversar libremente y explicar todo aquello que desde su propia visión consideran significativo respecto al problema de estudio.

El criterio de validez considerado en el estudio es el denominado **Saturación de la Información**, “esta consiste en reunir las pruebas y evidencias suficientes para garantizar la credibilidad de la investigación...permite tener la flexibilidad de determinar en qué momento la información entregada se repite” hasta cubrir la categoría de análisis.”

Por otra parte, **el acercamiento al campo** será a través de contactos personalizados, donde se procedió a explicar el objetivo de la entrevista y el contexto de ésta. Las entrevistas se aplicaron en el salón de reuniones del CESFAM nº6. **El análisis de la información** se trabajó a través del análisis de contenido del esquema dado por Taylor y Bogdam (1992): En un primer momento se identificaron temas, conceptos y proposiciones proceso denominado Categorización. En un segundo momento se produce cuando los datos ya han sido recogidos, donde el investigador asigna un valor a los textos proceso denominado **Codificación**. Y por último el investigador trata de relativizar sus descubrimientos, es decir, de comprender los datos en el contexto en el cual fueron recogidos, proceso denominado **Interpretación**. Luego de codificar las dos entrevistas grupales se realizó el **trabajo de campo**, el cual permitió obtener las visiones de los usuarios del centro de salud en cuanto a sus procesos de inclusión social.

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

SALUD INTERCULTURAL

El desarrollo de esta categoría es fundamental en este estudio, dado que el modelo predominante en la atención primaria en salud es “biomédico”, en desmedro de una perspectiva pluriétnica, que establece el reconocimiento de otras culturas en la atención de salud. Desde esta perspectiva entonces la salud es más que una noción médica: es un concepto predominantemente social porque se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, y porque involucra la participación de todos los agentes de la comunidad. (López A, 2013). La OMS define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud. Entonces la salud tiene que ver con nuestras creencias, costumbres y tradiciones, por lo tanto, la salud no puede ser entendida solo desde una perspectiva físico, sino también psíquico y espiritual.

En Chile, la salud intercultural comenzó a configurarse en la década de los 90 y se materializó a través de dos programas específicos, el Programa Orígenes desde su componente de salud intercultural y el programa Especial de salud y Pueblos Indígenas que surge al alero del Ministerio de Salud. A nivel de la atención primaria, el Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario surgió como el más propicio para la implementación de éste tipo de enfoque intercultural. (Cabieses y otros,2016;359)

En concordancia con lo anterior la Reforma de la Salud ha introducido cambios radicales en el Sistema de Salud Chileno. *“En su esencia, reconoce el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa. El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado.”* (MINSAL, 2003). Bajo estos fundamentos el Modelo de Atención Integral de Salud se define como:

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

De acuerdo a esto último según la norma general administrativa sobre interculturalidad en los servicios de salud, (Resolución exenta 216; 2006) señala la necesidad de avanzar en la

pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en materia de salud se fundamenta en las siguientes premisas:

1.- Las diversas culturas indígenas existentes en el territorio nacional han conservado a través del tiempo sus manifestaciones culturales propias en las que sus sistemas de salud, en particular, constituyen uno de sus aspectos más relevantes.

2.- Un sistema de la salud es un conjunto articulado de representaciones y creencias, con las que cada pueblo interpreta la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano, lo que determina sus formas de prevenir y curar las enfermedades, mitigar o eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida.

3.- Los Sistemas de Salud de las culturas indígenas lo conforman conocimientos y procedimientos que se ajustan a sus prácticas y costumbres propias y no han recibido un reconocimiento formal en el sistema jurídico chileno.

4.- La salud, en la visión de los pueblos originarios, no es solamente un buen estado físico de las personas, sino que también armonía con el entorno visible e invisible, constituyendo la salud y el bienestar un equilibrio dinámico que incluye interacciones con los procesos de la vida y la ley natural que gobierna el planeta, todos los seres vivientes y la comprensión espiritual.

5.- El Estado de Chile, de conformidad con las normas legales vigentes y tratados internacionales promulgados como ley de la República, se encuentra en el deber de respetar, reconocer y proteger los sistemas de salud de las culturas indígenas.

6.- El Ministerio de Salud en el marco de los acuerdos adoptados en relación al Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas y de la Política de Nuevo Trato, asumió el compromiso de efectuar el reconocimiento expreso de la validez de los sistemas de salud de los pueblos indígenas de Chile.

De acuerdo a los lineamientos mencionados se plantea la necesidad de avanzar hacia la construcción colectiva de un modelo de salud con enfoque intercultural, y a una mayor participación de los pueblos indígenas en los programas de salud. (Alarcón A, Astudillo P, Barrios S, Rivas E 2004; 132: 1109-1114)

Ahora bien, la situación de los pueblos en materia de salud, tanto en Chile como en los diversos espacios locales donde se sitúan las personas que pertenecen a grupos étnicos se caracterizan por su situación de vulnerabilidad y de discriminación. Diversos estudios señalan que dicha situación se profundiza por la ausencia de la variable étnica en las estadísticas vitales y en los registros de salud, lo que dificulta la tarea de identificar los perfiles epidemiológicos de las poblaciones indígenas del país. (Cabieses y otros; 2016, pág. 351). Lo que plantea la autora es reflejo de lo que sucede a nivel regional, pues es una de las principales dificultades que hacen que los grupos minoritarios sean invisibilizados ante las políticas sociales y se profundice su vulnerabilidad, así queda de manifiesto en el siguiente relato:

el sistema de información que tienen los diferentes CESFAM y los hospitales no están registrando a las personas que pertenecen a los diferentes pueblos indígenas en esta región, no están siendo identificadas como debe ser en los sistemas de información, ese

es un problema que nosotros hemos tenido hasta ahoraa través del PESPI que es un programa de la política, en estos momentos es poder buscar estrategias para poder asegurar que el registro se haga de buena forma, ¿con que fin?, con que el sistema de salud cuente con su propia información de estadísticas, que el día de mañana sirva por ejemplo para hacer planes de salud, o lo que se llama en salud hacer perfiles y saber porque en una comuna equis, se están enfermando o se están muriendo los mapuches de una enfermedad equis y porque en otra comuna están sufriendo otra enfermedad, eso en este momento, en esta región no cuenta, entonces es un tema básico que necesita capacitación, entrega de información y de sensibilización.....(Entrev.1/PS)

Por lo tanto, resulta complejo explicar los perfiles epidemiológicos de la población indígena inscrita en el CESFAM, situación que no es ajena a la realidad país, donde la información que existe es ambigua, genérica y desactualizada respecto de sus principales características.

El mismo decreto señalado con anterioridad indica que los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán proponer y mantener programas de capacitación continua a sus directivos y funcionarios orientados a desarrollar y fortalecer la pertinencia cultural de las acciones de la Red, en las comunas con alta concentración indígena. En este mismo sentido se señala la forma en que los funcionarios del Estado, encargados de aplicar los instrumentos de registro epidemiológico, se enfrentan a la diversidad cultural y la plasman o invisibilizan en los registros de salud, es decir, no son solo los instrumentos de registro que omiten la incorporación de otras lógicas de pensar la salud, enfermedad y el cuerpo, sino también quienes aplican dichos instrumentos que también imponen barreras para la inclusión social y la valoración de la diversidad. (Cabieses y otros; 2016, pág. 351). Aspectos que en la región de O'Higgins y a nivel comunal se manifiestan con claridad:

El funcionario de salud tiene un escaso conocimiento al pueblo mapuche, la filosofía mapuche (Entrev.1/S)

Así, las variables étnico culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas sociales están pesando fuertemente en las propuestas de desarrollo de los países emergentes. En este contexto, el desafío para el sector salud en las próximas décadas será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre medicinas. En consecuencia, la búsqueda de estrategias que articulen e integren distintos enfoques de salud, es parte del escenario que hoy se presenta en el sector salud, proceso que próximamente debutará con la generación de una política de salud intercultural, que transformará cualitativamente nuestro sistema haciéndolo más flexible y permeable a la realidad cultural del usuario.

hay una responsabilidad del Estado, y sus funcionarios de salud, que ellos sean un agente para poder rescatar y fortalecer estos conocimientos y la identidad mapuche(Entrev.1/S)

En síntesis, el modelo médico hegemónico en salud y otras medicinas subordinadas a dicho modelo, como las indígenas y las populares, que no son reconocidas, no son oficiales y no son valoradas desde un punto de vista de la sociedad en su conjunto. Diversas experiencias de proyectos de salud intercultural y no ajena a los resultados de éste estudio han dado cuenta de las dificultades que se enfrentan al no considerar a las medicinas subordinadas (entre ellas las

indígenas), ni la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud intercultural, especialmente en países con altos índices de población indígena. (Cabieses y otros; 2016, pág. 358). Por ende, existen un conjunto de obstáculos que afectan las dinámicas de atención con un enfoque intercultural, pues el modelo hegemónico no reconoce, no valora una posibilidad distinta en el abordaje de los problemas de salud de las personas, más aún cuando se trata de complementar modos de tratamiento alternativos a los ya tradicionales.

yo creo que debiésemos tener la opción de elegir.....no soy dependiente de pastillas para los resfriados debiésemos tener alternativas de poder probar algo alternativo propios de nuestra cultura (FG1/S)

ellos no saben y no creen en el empacho cuando uno tiene empacho los médicos no saben lo que es un empacho no lo creen ...al igual que el mal de ojo tampoco creen en eso (FG1/S)

ya tendría que ser como una alternativa nuestra medicina en los policlínicos porque, aunque la gente no lo diga La gente lo usa(FG1/S)

más yo he visto personas que confía más en lo natural que en el medicamento Porque yo mismo yo soy diabética de los 17 años y hay Gente que yo estoy aburrida con la pastilla. (FG1/S)

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede señalar que no son ajenos a lo que sucede en la realidad país, pues lo que se intenta plasmar a partir de los diferentes programas, no es una salud intercultural propiamente tal, sino más bien, se implementan algunas iniciativas desarticuladas que intentan tener una aproximación a un desafío pendiente del modelo de salud, donde no se reconoce la diversidad y la diferencia entre los sujetos que son parte de la atención pública, donde se les invisibiliza y se les trata de someter hacia una lógica occidental de la medicina, anulando la cosmovisión del pueblo indígena.

CATEGORIA: POLITICAS SOCIALES

El proceso de Modernidad implica un desarrollo con altos niveles de competitividad tanto a nivel nacional como internacional, tiene como base al individualismo; en sí la modernidad afecta las relaciones sociales, en el sentido de que éstas ya no se dan en forma directa (cara a cara) sino que van adquiriendo un valor secundario al tener otros procesos que van mediando las relaciones sociales como lo es el dinero y los sistemas expertos (tecnología, telecomunicaciones, entre otros.)

Chile no ha quedado al margen de estas transformaciones, su impacto se ha visualizado a lo largo de su historia. No obstante, se considerarán aquellas que han tenido influencia en los últimos años y que dicen relación específicamente con las transformaciones que han afectado el funcionamiento del Estado: Proceso de Modernización.

Los últimos acontecimientos ocurridos a finales del siglo XX, entre la década de los setenta y los noventa, dicen relación con los cambios sociales y políticos que han afectado el funcionamiento y la dinámica de la sociedad. Es así como se puede mencionar los movimientos étnicos y religiosos, ambientalistas, la mediatización de la vida social, la mercantilización, la globalización de la economía, entre otros fenómenos que han generado transformaciones sustanciales en las estructuras y procesos que se viven en cada país.

Entre los cambios estructurales de mayor relevancia en este periodo es la relación entre el Estado y el Mercado o más bien entre lo político y lo económico donde ha existido un retiro progresivo de la intervención del Estado de la esfera económica y una creciente desresponsabilización de éste en materia social (Sarmiento, 1998).

En los últimos tiempos se ha pretendido dar un impulso a un nuevo rol del Estado, orientado a la integración de los sectores más desfavorecidos, permitiendo así el desarrollo del país en un contexto más equitativo y solidario con quienes están excluidos del sistema económico. Para ello, el mejorar la calidad del Estado, implica dar una más oportuna y mejor respuesta a las demandas y necesidades sociales, abriendo nuevas oportunidades para la relegitimación de éste.

De acuerdo a lo planteado con anterioridad, no coinciden los postulados de las políticas sociales con el discurso de las personas, pues en el contexto de la investigación los participantes de los focus group perciben que el Estado no focaliza adecuadamente los beneficios que tienen las políticas sociales hacia las personas pertenecientes de los diversos grupos étnicos del sector Nor-oriental de la comuna de Rancagua, pues éstos señalan que el hecho de pertenecer a alguna etnia no significa que se sientan un grupo prioritario por el Estado, los siguientes relatos evidencian lo señalado:

pucha si es la beca indígena entonces donde queda lo indígena, yo he postulado 2 veces a la beca indígena por mi hijo y ninguna he tenido resultado.... 2 veces he postulado y no ha pasado nada (FG1/PS)

yo he postulado todos los años para sacarle la beca indígena y eso que soy mama soltera soy jefa de hogar en mi puro sueldo en mi casa y nada (FG1/PS)

mi hijo esta discapacitado tiene una pierna cortada también le explico todo el caso que él no podía trabajar... nada él quería sacar la beca para tener la beca de estudio pero tampoco nada (FG1/PS)

yo siempre veo las noticias y que hablan que el pueblo indígena y todo el mundo se acuerda del pueblo indígena, pero a la hora que hay que apoyar al pueblo indígena que hay de darles una solución a sus problemas no existe el pueblo indígena (FG1/PS)

yo postule a una vivienda se suponía que había prioridad porque yo era madre soltera y aparte mucha más prioridad por pertenecer a un pueblo y luego no pescaron eso y luego me dieron el puntaje y solo se guiaron por eso y la niña que me recibió los papeles me dijo que ese papel el certificado mostrando que pertenecía al pueblo mapuche no servía de nada(FG1/PS)

yo he intentado postular para tener una casa, pero no nos han ayudado en nada(FG2/PS)

mi esposo en este caso es el indígena, pero tampoco hemos recibido nada ninguna ayuda ni mi suegra ni mi cuñado.... nada él es diabético y el 40 % de su pie cortado con suerte tuvo una pensión de gracia(FG2/PS)

Este conjunto de relatos da cuenta del problema de focalización de las políticas sociales, pues recordar que el territorio donde funciona el CESFAM 6, es donde se sitúa la población más vulnerable en la comuna de Rancagua, y los instrumentos que se están utilizando para focalizar los recursos al parecer no están beneficiando a las personas con mayor vulnerabilidad social, pues de acuerdo a la información entregada por los participantes se puede interpretar que el discurso político de dar prioridad a las personas que pertenecen a alguna etnia no se logra concretizar pues estos no perciben que la políticas sociales los considera como un sujeto prioritario.

... Somos un chileno común y corriente nomás (FG1/PS)

Es relevante evidenciar que la etnicidad desde las políticas sociales solo se plasma en las dimensiones discursivas, pero en los espacios locales donde en lo cotidiano viven las personas pertenecientes a grupos étnicos, estos no reciben los beneficios que declara la política social. Estas interpretaciones coinciden con lo planteado por el representante del Estado quién señala

Yo creo que falta mucho que llevar adelante, y muchas veces, el Estado puede tener muy buenas intenciones, pero la otra contracara, se diluye el tema, porque la participación de los pueblos indígenas, muchas veces, no es tal, ese proceso cuesta mucho, las intenciones están, el Estado tiene buenas intenciones en ese sentido, pero falta mucho estatizar, la cultura indígena, a través de salud, también es un tema que dificulta un poco. (Entrev.1/PS)

el Estado hace lo contrario, hay una desconexión, en aplastar un poco o se ve la hegemonía del estado, con respecto, a no ensamblar eso, entre el pensamiento de los pueblos indígenas y el conocimiento con los cuales formulan las políticas públicas, el estado. (Entrev.1/PS)

Las intenciones del Estado son buenas, pero como vuelvo a decir, chocan con la realidad, en la implementación, una porque la política necesita mucha coordinación, mucho interceptor que esta al debe en estos momentos y mucho más en concreto que la política, en estos momentos, no goza de muy buena salud, del punto de vista de los recursos, es una de las políticas sociales con menos dinero en el Estado de Chile. (Entrev.1/PS)

Por último existe consenso de las dificultadas históricas que han tenido las políticas sociales en su implementación, pues es imposible dejar de vincular estos relatos con el desafíos pendiente que tiene éste en fortalecer la descentralización como temática que puede permitir mejorar la focalización de los beneficios que entregan las políticas sociales, pues los entes descentralizados a nivel regional debiesen conocer de mejor manera la realidad territorial y de esta forma mejorar la distribución de los recurso según la realidad de los grupos vulnerables.

La política pública indígena de salud, tiene buenos compromisos por así decirlo, pero lamentablemente choca muchas veces en la realidad, la política de salud que esta desde el 2006 tiene tres ejes que son, la interculturalidad, la participación, y la equidad (Entrev.1/PS)

De acuerdo a lo anterior las políticas sociales tienden a replicar formas de pensamiento hegemónico, donde solo son considerados válidos los saberes de aquellos que dominan las principales estructuras de poder existentes en el Estado, situación que no ha sido posible para los grupos indígenas, si bien éstos han adquirido un mayor protagonismo en la vida política, esto no ha significado una mayor participación en la toma de decisiones efectiva, más aún se han acentuado los conflictos perpetuando la negación de la heterogeneidad cultural de nuestro país. Por lo general los pueblos indígenas han estado aislados del proceso de formación estatal y de aquellos que afectan su propio desarrollo (Figueroa. V. 2013) así lo evidencian los siguientes relatos:

el modelo mapuche, puede aportar mucho a la transformación del modelo biomédico, desde el punto de vista comunitario, los pueblos indígenas siempre, su modelo de salud ha sido comunitario y familiar(Entrev.1/S)

el modelo mapuche de salud es eminentemente preventivo, por lo tanto, va a trabajar las áreas sociales, espirituales y psicológicas. (Entrev.1/S)

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. Este último, el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad. (Alarcón A , Vidal A, Neira J. 2003,131: 1061-1065)

La mirada intercultural sería que médico y de la machi, sería que la machi lo viera, y después se reúna con el médico general, y discutan el tema, y se discuta el tratamiento.... se discuta con todo el equipo, que el médico derive y la machi también, porque la machi en algún momento puede decir "yo no puedo aquí". (Entrev.1/S)

VINCULO CON EL CESFAM: LEGITIMACION DEL MODELO

El CESFAM es reconocido en el área de la salud por ser parte del aparato estatal más cercano a la comunidad, donde se recurre en primera instancia a resolver una necesidad individual y en ocasiones colectivas, en este sentido el trabajo realizado por el equipo de profesionales, técnicos y administrativos ha generado la sensación en la comunidad el sentirse valorado y escuchado, donde éstos intentan resolver aquellas necesidades donde otras instancias del aparato público no lo pueden hacer dada su dispersión y lejanía con las personas.

En este sentido la implementación de los CESFAM como estrategia de descentralización de la política de salud ha permitido a la comunidad contar con un espacio físico donde poder plantear

sus necesidades y resolver sus problemas, accediendo a un servicio de mejor calidad, sentirse escuchados y valorados. Esta nueva relación CESFAM – comunidad ha permitido percibir en los usuarios una relación más horizontal en lo que respecta al trabajo realizado por los equipos de cada sector, desarrollando diferentes iniciativas donde la comunidad se siente parte del mejoramiento de su calidad de vida.

Además, la implementación del modelo de salud familiar, ha generado una percepción positiva en las personas que pertenecen a diferentes grupos étnicos del CESFAM pues ha permitido desarrollar actividades tanto individuales como colectivas en las diferentes áreas artísticas – culturales, recreativas, entre otras, actuando como impulsor, motivador y canalizador de las actividades comunitarias insertas en el sector.

El CESFAM 6, es un ejemplo en la región, siempre les digo a los funcionarios, que el CESFAM 6 siempre ha sido proactivo, muchas veces no ha necesitado incluso del apoyo del estado central, para funcionar en estos aspectos. En ese aspecto, ellos son uno de los que están más adelantados en la región. (Entrev.1/VC)

yo siento que aquí si por que se preocuparon de buscar la gente se preocuparon de armar un grupo hacen actividades yo estoy consiente porque tengo vecinos que vienen también que pertenecen se juntan para jugar a la rueda hacer cosas celebran el año nuevo indígena yo sé que eso lo hacen aquí pero yo no he podido participar pero sé que lo hacen (FG1/VC)

No tengo nada que decir del CESFAM he llegado bien grave he llegado bien mal porque yo sufro del asma he llegado casi muerto aquí y me han atendido altiro no tengo nada que decir(FG1/VC)

yo vengo hablar y me atienden altiro nada que decir, los otros que trabajan en los some y en las ventanillas nada que decir de los dentistas o sea buena atención(FG1/VC)

Lo anterior ha permitido desarrollar un vínculo de confianza entre los actores involucrados generando y desarrollando una relación afectiva dado el contacto permanente, el sentirse escuchados o bien resolver en forma concreta una necesidad. También es importante señalar que el contacto permanente entre el CESFAM y comunidad étnica ha permitido una comunicación más fluida, generando un flujo de información actualizada respecto de las acciones de salud que se emprenden.

Ahora bien, como nudo crítico se puede señalar que el proceso de vinculación que ha tenido el CESFAM con los grupos étnicos, desde la gestión institucional, no ha permitido realizar un trabajo mancomunado en lo que respecta a la planificación de acciones de carácter comunitario, pues en este sentido la participación no ha logrado escalar a otros niveles que no sean los asistenciales y/o instrumentales que por años ha estado presente en la dinámica institucional hacia la comunidad.

Aspectos que el Modelo de salud Familiar no ha logrado modificar en su estilo de gestión, pues no se ha logrado visualizar desde un punto de vista territorial que el CESFAM cuenta con un

plus adicional a diferencia de otras reparticiones del Estado, pues la creación de éstos en teoría permitiría diseñar e implementar iniciativas donde la comunidad juega un rol fundamental en la ejecución de las acciones en salud, donde a través de las diferentes estrategias de carácter comunitario se puede lograr movilizar al capital social existente para así generar procesos colectivos de trabajo promoción y prevención en salud.

De acuerdo a la información entregada por los entrevistados se puede señalar que este modelo solo ha sido parte de la desconcentración de los servicios del Estado, lo que Palma (1999), denomina **Relocación** que es la multiplicación de ventanillas de los servicios centrales en las diversas localidades con el propósito de facilitar el desplazamiento y el acceso del usuario al sistema de salud, lo que hace que predomine en la gestión un modelo biomédico de carácter asistencialista y vertical no distinto a lo que ha sido históricamente la gestión en salud en nuestro país.

que el adulto mayor tiene la preferencia..... no tampoco mentira igual los abuelitos tienen que levantarse temprano yo cuando tengo que venir a sacar hora al médico yo me levanto a las 4 de las mañana y me debo venir para acá allá al frente hay un kiosquito que un caballero se pone hacer fuego y todos alrededor yo vengo llegando a las 4 30 aquí al consultorio y yo decía por qué me cambie para acá para que me vine para acá a Rancagua porque yo vivía en Machalí si el consultorio de Machalí es mucho mejor que aquí por que llamo a las 6 30 llamo al consultorio quiero una hora y me dicen ya señora a tal hora tiene hora. (FG1/VC)

los mejores, los que conocen los modelos de salud indígena, son las mismas personas que pertenecen a los pueblos originarios(Entrev.1/P)

Se manifiesta con claridad que existe una desarticulación en el funcionamiento del CESFAM pues éste solamente funciona como canal de comunicación con la comunidad para dar cumplimiento a las metas ministeriales, y no de acuerdo a la demanda planteada por los actores locales, privilegiando los procedimientos formales antes de abordar las necesidades que históricamente ha planteado la comunidad. Si bien se percibe en un principio, la voluntad política por mejorar efectivamente el modelo de salud familiar, se ha ido generando un quiebre donde paulatinamente el CESFAM ha ido perdiendo fuerza y representatividad ante la comunidad, ello dado que en la actualidad el modelo no promueve el fortalecimiento de la relación Estado – Ciudadanía, pues esto implicaría mayor transferencia de poder hacia la comunidad para involucrarse en la solución de demandas históricas.

Los principales cuestionamientos que se realizan, están relacionados con la desarticulación – fragmentación que existe entre la política de salud y la implementación del modelo de salud familiar, en este sentido los entrevistados perciben que el CESFAM es un ente aislado que funciona en el territorio y que por ende no posee la capacidad de respuesta ante las demandas que se plantean. Al respecto es importante señalar que institucionalmente no se ha generado un cambio en la cultura organizacional que permita al CESFAM en su conjunto comprender y adaptarse a las dinámicas y exigencias que se generan en los territorios.

uno llega a la hora porque dicen que uno llegue a la hora, pero nosotros nos demoramos 5 minutos y ustedes no nos quieren atender como pueden hacer eso con nosotros y nosotros tenemos que respetarlos a ustedes y ustedes a nosotros no así que imagínese (FG1/VC)

que hayan más médicos que se terminen las colas ...que hayan más remedios .. no solamente ibuprofeno o paracetamol porque cuando yo vengo me dan una bolsa de paracetamol, que sea más rápida la atención(FG1/VC)

En este sentido el CESFAM ha ido perdiendo legitimidad ante las personas que pertenecen algún grupo étnico pues los entrevistados señalan que sus necesidades no se canalizan generándose una relación clientelar entre los usuarios y los funcionarios.

yo siempre dije aquí la atención de los médicos yo destaco mucho la atención de la doctora Carvajal una excelente doctora nada que decir de ella yo a la hora que venga consigo(FG1/VC)

Por otro lado, los entrevistados consideran que ha existido una saturación del modelo dado que producto del proceso vivido en estos años, se considera que el CESFAM no ha ido generando cambios en la forma de trabajo, es decir, no ha existido una coordinación y articulación con el resto de la estructura estatal para dar respuesta oportuna a los requerimientos de la comunidad.

es que hay que venir con todos los fríos hay veces que con los niños a las 5 de la mañana... yo pregunto por qué ha costado tanto terminar con esto es histórico esto no es de ahora. (FG1/VC)... esa cuestión no sirvió para nada para nada puras mentiras chivas que empiezan a llamar a las 6 30 nunca paso(FG1/VC)

yo pienso que no se los niños y los adultos mayores deberían hacer un día antes no se venir a pedir hora para el otro día por que venir en la mañana yo he venido varias veces y me ha tocado ver mamás con sus guagüitas en coches y es denigrante verlos porque son niños porque a lo mejor no tienen con quien dejarlos(FG1/VC)

El quehacer del CESFAM se ha ido centrando paulatinamente en responder a las demandas cotidianas de la comunidad desvinculándose de los procesos participativos que se generan en los espacios locales: como fortalecer el capital social, involucrar a los grupos en los procesos reales de toma de decisión, etc.

dicen que somos unos de los países que estamos en evolución en desarrollo y desgraciadamente para nosotros no se ve esa evolución no se ve no nos llega porque yo le digo el CESFAM está bonito ustedes lo cuidan tienen implemento, pero no está funcionando para darnos en el gusto y en a satisfacción para nosotros desgraciadamente es así (FG1/VC)

Para responder a esta realidad, los CESFAM deberían diseñar una política social orientada a sentar las bases para el logro del desarrollo social más equitativo a través de la implementación de políticas y programas sociales que, impulsen la participación, bajo la premisa de que los actores comunales sean gestores de su propio desarrollo, dejando atrás el rol pasivo de meros receptores de beneficios en salud. Se visualiza desde la dimensión comunitaria que el CESFAM ha perdido su sentido, dado que no responde ante sus necesidades generándose en

distanciamiento, desmotivación en participar de las diferentes actividades ejes del programa como son las mesas de trabajo, operativos en salud, etc

PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD

La participación ciudadana se refiere a un complejo proceso de constitución, articulación, negociación y concertación de diferentes actores sociales dentro de la comuna, en definitiva, es un proceso de fortalecimiento de la sociedad civil y en particular de sus organizaciones sociales, para lo cual, es necesario ir abriendo posibilidades de recursos, que permitan ampliar las capacidades existentes en el ámbito local. El núcleo de la participación es el poder, y por ello supone la capacidad humana de actuar en concierto; el poder en este sentido, no es nunca la propiedad de un individuo, sino que pertenece al grupo y existe solo mientras este exista. La esfera pública alude al espacio donde los ciudadanos interactúan mediante los recursos del discurso y la persuasión, descubren sus identidades y deciden, mediante la deliberación colectiva acerca de los temas de interés común. (Arent, 1993).

Por lo tanto, considerar a los diversos actores sociales en la construcción de ciudadanía implica necesariamente establecer una relación horizontal con la sociedad civil, permitiendo que la acción estatista involucre a los actores tanto en el diseño y evaluación de las políticas públicas con la finalidad de poder garantizar el aporte significativo a los procesos de desarrollo que se vivan al interior de cada territorio.

Desde esta perspectiva ser ciudadano no tiene que ver entonces sólo con los derechos reconocidos por los aparatos estatales, sino también por las prácticas sociales y culturales que dan sentido de pertenencia e identidad a quienes habitan el territorio.

Las ideas expuestas permiten por un lado reconocer que existe claridad a lo menos en el discurso técnico y político respecto a la construcción de políticas sociales y su vinculación con lo local y por otro la necesidad que se ha ido manifestando a lo largo del tiempo de generar voluntades políticas respecto a la construcción de proyectos colectivos de desarrollo, que recojan la diversidad como activo social en relación a los procesos que se generan a nivel local, en este sentido el CESFAM puede llegar a constituirse como instancia que permita realmente la democratización de los procesos sociales, construyendo matrices decisionales desde la base social (Boisier, 1999) en donde la ciudadanía se involucre en la gestión pública en salud.

De acuerdo a esto último según la norma general administrativa sobre interculturalidad en los servicios de salud, (Resolución exenta 216; 2006) con presencia de población indígena deberán programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud el enfoque intercultural, a requerimiento del Ministerio de Salud, o de la Autoridad Sanitaria Regional. Desde el discurso del Estado existe claridad que la participación es un eje fundamental en el desarrollo del modelo de salud familiar, en este sentido se señala:

Para poder llevar adelante la comunidad, se necesita un elemento principal, que es la participación, y que tiene que engranarse con esta comunidad. Bajo ese punto de vista, nosotros sí sabemos, como pueblos indígenas, como mapuches, en este caso, la participación, debería ser natural. (Entrev.1/VC)

la participación de los pueblos indígenas, muchas veces, no es tal, ese proceso cuesta mucho, las intenciones están, el estado tiene buenas intenciones en ese sentido, pero falta mucho estatizar, la cultura indígena, a través de salud, también es un tema que dificulta un poco. (Entrev.1/PS)

No hay una política de salud o no se entiende la política de salud del estado actual, sin la participación de los pueblos indígenas o los pueblos originarios. (Entrev.1/P)

De acuerdo a los relatos señalados se evidencia que la intervención social realizada se sustenta desde una base epistémica de intervención positivista. Este tipo de intervención es caracterizada por corresponder a la clásica intervención de la ciencia tradicional donde el interventor asume una acción depurada, neutra, validada por su carácter profesional; las técnicas que se utilizan son procedimientos elaborados desde fuera de la realidad social, donde la comunidad tiene un rol pasivo y es empujada a involucrarse sin mayor participación o, en su defecto, con participación únicamente en la ejecución de soluciones, es el interventor el que de manera apriorística define los problemas de la comunidad y no se adecuan ni a sus necesidades y tiempos (Calviño y Del Rosario, 2010; p82).

Siguiendo esta misma lógica, se puede relacionar la participación con la capacidad de organización comunitaria, pues ambos conceptos se vinculan en el desarrollo de los territorios donde las articulaciones en las relaciones sociales son fundamentales para lograr responder a las necesidades e interés de grupos étnicos. Esto es una tarea difícil, ya que los tiempos y las visiones institucionales no responden a las personas que en día a día conviven en los espacios locales, se produce un quiebre entre las esferas estatales y las de la sociedad civil:

porque el horario no se adecua a nuestros trabajos...las actividades debiesen ser después de las 19:00 pero aquí solo trabajan hasta las 17:00 hrs.(FG1/P)

a mí me gustaría participar en muchas cosas, pero desgraciadamente a mí me ofrecieron por ahí de participar, pero tenía que ir a las 4 de la tarde, pero a las 4 de la tarde estoy trabajando y de a dónde voy a ir hay a veces talleres que funcionan a las 6 y yo a las 6 30 salgo del trabajo y no alcanzo a llegar nunca(FG2/C)

El CESFAM debe comprender que todas las comunidades tienen una manera de organizarse y llegar a acuerdos para tomar decisiones respecto de que programas a ejecutar o la forma en que estos puedan implementarse en los espacios locales. Esto necesariamente fortalece la intervención biopsicosocial que se realiza en el sector dado que permite realizar actividades y talleres que promuevan a la mayor concientización de la riqueza patrimonial y cultural de los grupos étnicos, pues generar dispositivos de intervención acorde a sus interés logrando la articulación y la participación de actores relevantes del sector, pero principalmente la inclusión de las personas que se sienten parten de alguna etnia.

aquí hay un curso de telar también, el año pasado ...dice que hay falta de información para poder ser parte de... (FG2/C)

la ruca si yo pregunte varias veces como funciona pregunte varias veces y no me supieron dar respuesta.... encontré falta de información (FG2/C)

en general no toda la gente se motiva a participar honestamente por ejemplo yo no vendría a ese tipo de actividades porque no me representan (FG1/P)

También es importante entender que potenciar una organización comunitaria, puede ser una estrategia que permita promover la participación no tan solo de los grupos étnicos sino del conjunto de actores que son del territorio; con la intención que adquieran la capacidad y confianza en sí mismos para desempeñar funciones, tomar decisiones e iniciar acciones de gestión y trabajo de forma autónoma. A través de esta misma, las personas trabajan en equipo en forma ordenada y planificada, uniendo esfuerzos, aportando ideas, compartiendo experiencias y fortaleciendo lazos de amistad y solidaridad. Todas estas características mencionadas anteriormente, se pueden identificar y relacionar en las personas que participaron de este estudio, señalando:

por ejemplo, lo que decíamos de pedir las horas si todos nos pusiéramos y si nos organizáramos tuviéramos un vocero tuviéramos una presidenta yo siento que eso sería más fácil llegar a las esferas altas como se dicen aquí que estar reclamando que estar pateando allá afuera (FG1/P)

porque yo pienso que se puede ganar muchas más cosas cuando la gente está organizándose (FG1/C)

podríamos juntarnos toda nuestra raza y juntarnos para hacer algo para no perder nuestras tradiciones...juntar el domingo y hacer estos panes con harina de piñón no me acuerdo pero habían ideas para hacer un cocinadorio compartir comidapero se ha perdido preferimos ir al quiosco compramos un par de completos y una bebida y listo no se dan el tiempo para cocinar las cosas por eso se van perdiendo las costumbres.... las comidas tradicionales (FG2/C)

Es por esto, que se puede señalar que el fortalecimiento de la asociatividad, permite fortalecer la participación e integración de los vecinos al barrio, ayuda a gestionar y realizar actividades que favorecen la integración de los grupos étnicos a la comunidad bajo un enfoque de concientización multicultural del barrio. En síntesis, la promoción de las Organizaciones Comunitarias puede ser un agente activo y colaborativo en la gestión del CESFAM, ser un actor que facilite los procesos institucionales con la intención de aportar al trabajo y a los fines de la salud local.

CULTURA

La cultura refiere a compartir un sistema de significados o símbolos, lo cual otorga una visión de mundo o interpretación de la vida cotidiana similar en las personas de una comunidad. Ésta construye constantemente su cultura a través de su interrelación (comunicación), u otros mecanismos de expresión como festividades, ritos, conductas particulares y objetos, que otorgan un significado o interpretación cultural propia (Krause M.2001).

En éste contexto la cultura popular, destaca que su importancia no radica en los objetos intrínsecos o fijados históricamente de la cultura, sino como “espacio dinámico de confrontación y negociación entre sectores sociales que pugnan por imponer su visión” (Bravo N. 2005:483). Es decir, es necesario considerar además de las múltiples y diversas culturas particulares existentes, la lucha de clases existente en el espacio cultural por la propia significación de la cultura. Por lo cual, es posible hablar de una cultura popular diversa y específica de cada momento histórico y lugar, la que es propia de las clases subalternas o dominadas, que se configura a partir de sus necesidades y es construida a través de su historia, marcada por una oposición a la cultura de las élites, siendo éstas diversas, pero con la característica común de compartir ámbitos de producción material y simbólica.

Por último, es importante destacar que todas las culturas son originadas por procesos de intercambio, muchas veces desigual, entre grupos sociales, por lo cual no es posible hablar de una cultura única. Es por ello que también en los sectores populares, es posible encontrar imposición de prácticas que son significadas desde su propia cosmovisión. En este sentido la identidad también es un conjunto de características propias de una persona o un grupo y que permiten distinguirlos del resto, se puede entender también como la concepción que tiene una persona o un colectivo sobre sí mismo en relación a otros. También hace referencia a la información o los datos que identifican y distinguen oficialmente a una persona de otra (Rozas G. & Arredondo J., 2006). En este sentido la identidad cultural se vincula a un núcleo más cohesionado, más denso de interrelaciones donde las personas se identifican con su grupo social donde se comparten valores, creencias y la solidaridad existente entre sus miembros que se identifican con dicha comunidad.

nunca nos han discriminado no ha habido problemas en ese sentido donde yo vivo(FG1/VC)

En este sentido las personas que pertenecen a grupos étnicos, en sus espacios locales, en la cotidianidad de sus relaciones sociales no se han sentido discriminado, pues la comunidad donde ellos establecen sus relaciones sociales, donde ellos construyen sus tejidos sociales, donde cohabitan en su vida cotidiana, no perciben una discriminación por pertenecer a un grupo étnico, sin embargo, su identidad cultural se ha ido perdiendo con el transcurso del tiempo:

se ha perdido no hablamos no bailamos nada... falta más participación de nuestras culturas(FG2/C)

se supone que debo saber algo y no sabemos nada que somos descendiente de algún grupo étnico..... se nota que hay un vacío nadie se ha preocupado de los descendientes

mapuches (FG1/C)

El concepto de cultura se puede entender de dos formas distintas, ya que, cuando se habla de cultura, es posible hacer referencia tanto a las ceremonias que realizan las personas como también, cuando se asocia a gustos de una persona por un tipo de arte o música por poner algún ejemplo, no obstante a ello, para esta investigación el concepto de cultura se relaciona como aquel que abarca las costumbres, tradiciones y actos propios de ciertos grupos de personas según sus historias de vida, con la finalidad de ser diferenciados unos de otros. En este sentido “en la medida en que las personas intentan resolver sus necesidades, con soluciones prácticas o a través de respuestas intelectuales, o quieren transmitir sus sentimientos, su cosmovisión o sus creencias religiosas, van creando elementos que se acumulan a lo largo del tiempo y conforman históricamente su patrimonio cultural”.(Pedranti, 2012), por lo tanto cada acción, cada palabra tiene significados y se traspasan en las futuras generaciones:

yo soy como bien curiosa por la etnia yo siempre he querido aprender saber por qué de repente le preguntan tu soy machuca y de dónde vienen? (FG1/C)

un vecino una vez para un año nuevo mapuche me invito y mande a las niñitas es entretenido iban hacer comida unas tortillas y mis nietas vinieron las 2 fascinadas ... y la mayor la Noemi me decía mami tienes que inscribirte por que por es bonito ...jugamos con unos palos a pegarle a una cosa redonda me decía y yo metí un gol mami y que habían comido unas tortillas hechas con harina que usan harto los mapuches (FG1/P)

Es importante destacar de los relatos expuestos la necesidad de reconocer la cultura y el sentido de identidad de los grupos étnicos, pues éstos manifiestan que su legado no ha sido capaz de transmitirse a las nuevas generaciones señalando que esto es responsabilidad tanto del Estado como de la Sociedad Civil, en el sentido de informar, educar y sensibilizar a la comunidad respecto de la valorización de esta temática tanto en el diseño de las políticas nacionales como locales con el fin que puedan perdurar en el tiempo donde las nuevas generaciones mantengan sus costumbres y tradiciones. Bajo esta perspectiva los entrevistados señalan con claridad la importancia que las nuevas generaciones deben ser los protagonistas de éste desafío:

sería bueno que el CESFAM se preocupara de los niños porque hay niños que ya vienen entre los 12 y 15 que si están interesando... les está gustando esto de los indígenas, él busca en internet y el a mucha honra yo soy machuca ...que sería bueno que se pudiera hacer un grupo y poder juntarlos y poder sacarlos de la calle (FG1/C)

empezar a culturizar a los niños desde más chiquititos independientes sean o no sean descendiente de alguna etnia como para que tengan conocimiento y se interesen después más grandes por las mismas actividades que ustedes están haciendo acá... (FG1/C)

REFLEXIONES FINALES

Es importante generar una visión de totalidad entre los diversos actores que son parte de la gestión del CESFAM creando una complementariedad de las fuerzas vivas para el desarrollo de la salud local. En este sentido la relación entre ciudadanía y CESFAM se debería basar principalmente en un vínculo colaborativo, donde ambos actores complementan sus roles, incorporando una visión más amplia de la gestión en salud.

Compartiendo el diagnóstico de una manifiesta debilidad de la participación ciudadana en Chile, otros autores sostienen que esta es expresión de un tránsito desde una participación centrada en el Estado y en temas reivindicativos relacionados con la igualdad y la justicia, a otros de carácter cultural, por ejemplo, las mujeres, el medio ambiente, las minorías étnicas, la identidad sexual, etc., temas que no interpelan exclusivamente al Estado pero que reclaman de éste respuestas en materia de políticas públicas.

Ante estos nuevos escenarios la ciudadanía, empieza asumir paulatinamente nuevos rumbos, intentando romper la dependencia y manipulación estatal; si bien existe una intencionalidad política de mejorar los procesos de gestión, en forma paralela se están generando nuevos movimientos sociales que permiten a la ciudadanía posicionarse como un actor alternativo a los ya tradicionales “ la ciudadanía ya no es definida como pertenencia del individuo al Estado, sino como complejo de derechos- deberes, ya sean individuos o actores colectivos” (Herrera, M. 1996: 73)

En este sentido la sociedad civil empieza a emerger dada la incapacidad que ha manifestado el Estado de asumir nuevos temas públicos y de interés ciudadano, emergen actores con capacidades de poder plantear nuevos desafíos y romper la lógica paradigmática del Estado a partir de sus tradicionales políticas sociales. “la mayor parte de los analistas del estado de bienestar asumen posiciones defensivas y ven los cambios como una amenaza a las garantías sociales conquistadas en el pasado” (Herrera, M 1996: 76)

Es necesario que la horizontalidad sea entendida como la capacidad política que debe de tener el CESFAM para interlocutar con otros de igual a igual, y que es necesario para dar respuesta a las nuevas problemáticas sociales, es decir, un CESFAM con capacidad de articular y coordinar iniciativas locales con el apoyo de otros actores por ejemplo los grupos étnicos, que permita la democratización de los procesos sociales donde sea indispensable traspasar cuotas de poder a otros para que en forma colectiva se aborden situaciones desde la diversidad y no desde una mirada unilateral.

La generación de una alianza entre el CESFAM y los grupos étnicos puede permitir el abordaje de las diferentes problemáticas sociales; desde una mirada de la complementariedad de la intervención social y así poder efectivamente resolver aquellos nudos críticos pendientes en sectores de mayor vulnerabilidad social. Por lo tanto, un proyecto político en salud debe concebir a un sujeto activo donde la valorización de éste como tal, sea elemento central en la gestión, sin la presencia de la comunidad organizada el éxito de las intervenciones sería cuestionado dada la verticalidad de las mismas.

No hay claridad en la gestión del Modelo de salud Familiar respecto a la importancia de involucrar a la comunidad en procesos decisorios, sin la capacidad de innovar o cambios en la forma de trabajo, no hay una intencionalidad política que promueva el desarrollo en los territorios, sino más bien ha existido una continuidad de un proceso que no les ha sido propio, obstaculizando la implementación del modelo desde su filosofía. La continuidad y su réplica como secuencia lógica del modelo no ha tendido los resultados esperados por la comunidad en general, pues a lo largo de las entrevistas se va concluyendo que la legitimidad del modelo se ha ido desvaneciendo dado que no han existido los cambios necesarios para generar un proceso distinto a la etapa anterior, es una continuidad que ha saturado tanto a la estructura institucional como las expectativas de la comunidad. Hoy en día se ha convertido en una experiencia amenazadora desde la mirada de la comunidad pues se sienten marginados de los procesos de toma de decisión, sintiéndose no escuchados por las autoridades en lo que respecta a sus reales necesidades y al involucramiento de la ciudadanía en los desafíos del trabajo territorial con un enfoque intercultural.

Por ello, es relevante que el modelo de salud familiar realice un replanteamiento respecto de la discusión teórica dirigida a delimitar los principales conceptos y factores socioculturales que están asociados a la pobreza, la exclusión y vulnerabilidad social.

Por último, lo importante de concluir es que el trabajo y el desarrollo de un modelo de salud intercultural no es responsabilidad de un colectivo determinado, sino es un proceso que involucra a las más diversas y variados actores, donde las decisiones se trabajan en forma colectiva. Es en éste marco que se propone algunos lineamientos estratégicos que pueden aportar al desarrollo de la salud local:

A través del trabajo territorial/comunitario del CESFAM debiese identificar y fortalecer el capital social existente en los espacios locales para desarrollar iniciativas de acuerdo a las especificidades y necesidades de los actores locales. Las organizaciones comunitarias como la comunidad en general son el pilar fundamental en el desarrollo de programas en promoción y prevención en salud, pues a través de ellos se canaliza la información a las bases o a sus representados; el único canal legitimado para lograr un proceso de intervención aceptado en los territorios.

La comunidad manifiesta claridad que son ellos quienes definen y deciden en sus espacios locales que acciones priorizar para dar respuesta a sus necesidades en salud. De acuerdo a las entrevistas realizadas es importante mencionar que las capacidades de la comunidad organizada son fundamentales pues se perciben a sí mismos como la primera fuente de información ante el CESFAM, pues señalan que son ellos quienes identifican y definen cuáles son sus prioridades. Cabe señalar que este ejercicio no se da en forma espontánea, sino que debe ser guiada por los dirigentes y líderes comunitarios, quienes intentan promover la participación y crear instancias para su realización.

Mesas de Trabajo INTERCULTURAL : Esta forma de trabajo puede ser definida como una de las principales líneas de la gestión social en salud, una instancia de negociación y planificación vecinales en temas de salud, conformadas por representantes de cada una de las Juntas de Vecinos del sector, representantes de las organizaciones funcionales, voluntariados, consejos

locales de salud, representante de grupos vulnerables, etc... y moderadas por los equipos de salud, siendo su misión definir y priorizar los programas de promoción, prevención y de participación comunitaria, resolver nudos críticos de la gestión, definir nuevas iniciativas de trabajo comunitario, etc... inversión municipal, proponiendo al Concejo Municipal una serie de proyectos para el mejoramiento de cada sector.

Capacitación de los equipos y desconocimiento de la cultura mapuche, referido a que el equipo de salud no está capacitado, bajó un programa educativo formal, en el tema de la cultura mapuche, por ende es relevante traspasar herramientas y técnicas teórico-prácticas, con aplicación de técnicas innovadoras de aprendizaje, a funcionarios de los centros de salud primaria de la comuna de Rancagua, con el fin que puedan gestionar de forma colaborativa los conflictos actuales y futuros que se presentan en la relación con las y los usuarios del sistema de salud, con enfoque de interculturalidad, en la perspectiva de la pacificación social y la generación de espacios de convivencia sana en la comunidad; a través de estas instancias se debiese promover un aumento en el conocimiento sobre la cultura mapuche, promover el respeto a la diversidad cultural y tener una actitud de flexibilidad y aceptación de las diferencias.

Como aspectos prácticos los participantes sugieren que la política de salud intercultural debería establecer sistemas de derivación y coordinación con agentes de la medicina tradicional mapuche, y procurar un espacio dentro del sistema de salud para la atención de agentes tradicionales. Al respecto, se señala que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: *"escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar"*(Alarcón A, Vidal A, Neira. 2003). Los autores reconocen que aunque el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, él no constituye un obstáculo infranqueable en la relación profesional-usuario, si los profesionales, técnicos y administrativos están abiertos al diálogo y conocen en parte la cultura médica de las personas, como por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herbolaria tradicional, entre otras.

Una segunda estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. En otras palabras, las acciones de los pacientes frente a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo.

La negociación cultural se manifiesta cuando las creencias culturales y las expectativas de los pacientes se contraponen a las del profesional de salud interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico. La investigación médico etnográfica da cuenta, por ejemplo, de la escasa adherencia a tratamientos farmacológicos cuando son considerados nocivos por el paciente o en oposición a su marco referencial. El proceso de negociación cultural identifica las áreas de conflicto y acuerdo, localiza núcleos de significación entre ambas culturas que puedan implicar puntos de consenso y culmina con un acuerdo de cambio y cooperación entre

pacientes y médicos. Al respecto se sostiene que la única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre el enfermo y el profesional, el que se logra sólo si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria tanto para médicos como pacientes. (Alarcón A, Vidal A, Neira. 2003,131)

REFERENCIAS

Alarcón A, Vidal A, Neira J. 2003, Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales, Rev. Medicina Chile 2003,131: 1061-1065)

Alarcón A, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. 2004 Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile, Rev. Medicina Chile; 132: 1109-1114)

Arendt, H. 1993 Entre el Pasado y el Futuro: Ocho ejercicios sobre la Reflexión Política Editorial Península, Barcelona. España.

Boisier, S. 1999 *Teorías y Metáforas Sobre el Desarrollo Territorial*, Santiago de Chile. Extraído de www.cepal.cl

Bravo, N. 1995 Costumbre y tradición: la cultura popular entre la rebeldía y el conservadurismo. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, N° 105, Chile.

Briones, G 1998. *Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales*. Edit., Trillas, México.

Cabieses B. y otros 2017 Migración internacional como determinante social de la salud en Chile. Universidad del Desarrollo, Chile.

Chordà F. y otros, 1995. Diccionario de términos históricos y afines. Ediciones Istmo, Madrid España.

Figueroa V. 2014 Formulación de política públicas indígenas en Chile, editorial Universitaria Chile, Santiago, Chile.

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. 1998. Metodología de la Investigación Social, editorial Mc Graw – Hill. México.

Herrera, M. 1996 Las Políticas Sociales en el Welfare Mix, Universidad de Granada Revista REIS, 96/01, Pág. 73

Keesing, R. 1993 Teorías de la Cultura, lecturas de antropología social y cultura, UNED-España. Pág.51

López, L. 2009 “Pueblos, culturas y lenguas indígenas en América Latina. Atlas sociolingüístico de pueblos indígenas en América Latina, tomo 1 Unicef/Fundación PROEIB Pág., 85

López A.. (29 de ENERO de 2013). *VIGILANTES DE LA SALUD* . Obtenido de <http://vigilantessalud.blogspot.cl/2013/01/conceptos-de-salud.html>

Palma, D. 2002 Experiencias Innovativas en Gestión Local Colección de Documentos/Serie de Investigación Social, Centro de Investigaciones Sociales Universidad ARCIS – FORJA, Santiago, Chile

Pedrero M. Oyarce A. 2009 Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas en Chile, limitaciones y potencialidades, notas de población n°89, CEPAL, Chile.

Pérez, G. 1994. Investigación cualitativa: Retos e Interrogantes. Editorial La Muralla S.A. Madrid, España.

Pérez, 1998, Investigación Cualitativa: Retos e Interrogantes Vol. 2: técnicas y Análisis de datos 2ª edición, Madrid España.

Rojas, Rocío /OPS, 2001, Cuadernos de Trabajo: Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud. Santiago Chile.

Rozas G. & Arredondo J. 2006. Identidad, Comunidad y Desarrollo. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. Chile.

Sastre, F. 2009. *¿Que entendemos por cultura?* El Cid Editor, Buenos Aires Argentina.

Sarmiento, J. 2008, Aproximaciones a la reestructuración del Estado y a los debates contemporáneos sobre política social, superación de la pobreza y lucha contra la exclusión". Viña del Mar, Chile. Extraído de: www.cidpa.org/txt/9artic04.pdf

Smith V. 2006. *Aportes a la comprensión de la identidad étnica en niños niñas y adolescentes de grupos étnicos minoritarios*. Red revista de Ciencias Sociales.Chile.

Taylor, S y Bogdan, R. 1992 Introducción a los Métodos Cualitativos de la Investigación, editorial Paidós, Reimpresión, España.

Vergara y otros 2013 Estado, Conflicto étnico y cultura; estudios sobre pueblos indígenas en Chile, editorial Qillqa, Chile pág. 57

Villegas, M. Fernanda, 2014 "Lineamientos Para La Inclusión Social De La Migración En Chile", "Objetivo De La Política Social En Materia Migratoria", Gobierno de Chile, Chile, pág. 8