

SALUD Y PLURINACIONALIDAD

Dr. Nelson Vergara Rubilar, Presidente Departamento de Primeras Naciones COLMED

Recibido el 12 de septiembre de 2021

Tras la instalación de la Convención Constitucional, se ha discutido la posibilidad franca de cambiar hacia un Estado Plurinacional, y de hecho ya la sola idea cuenta con el apoyo de la gran mayoría de los constituyentes al consultarles (118 de 155). Es lógico preguntarse entonces si esa posibilidad implica un cambio muy radical en la tradición chilena, o bien obedece más a la consolidación de legislaciones ya existentes, que simplemente pasamos por alto por mucho tiempo y hoy se reordenan acorde al nuevo siglo y con experiencia internacional en varios continentes, más como una puesta al día.

En su tradición republicana, Chile ha sido partícipe de diversas instancias internacionales en materia de salud (ONU, OMS, OPS) y a la vez ha adherido a diversos tratados internacionales que incorporan derechos de las personas en diferentes ámbitos, incluido salud por supuesto; algunos de ellos son:

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos**
- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**
- **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**
- **Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas**

Como resultado de la vigencia y aplicación de estos tratados es que se han ido sucediendo una serie de cuerpos legales y normativos que contienen o se refieren a los derechos de las personas en salud, específicamente pertenecientes a pueblos indígenas, sus propios sistemas de medicina y respecto de los derechos que estos tienen al acceso, mantención y goce de una buena salud en contextos de reconocimiento y valoración de sus culturas y sistemas de medicina que les son propios. A saber:

1. **Convenio Sobre la Diversidad Biológica. Decreto 1963/1995**

Artículo 4.

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



2. Ley 19.937. Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión. DFL 1 /2005.

“...formular políticas ... en aquellas comunas con alta concentración indígena”

3. Política de Salud y Pueblos Indígenas. MINSAL/2003.

“...Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios...”

4. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Decreto 140/2004.

“En aquellos Servicios de Salud con alta concentración indígena... estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud”

5. Interculturalidad en los Servicios de Salud. Norma Administrativa N° 16 /2006.

“... velará por la incorporación de estrategias y actividades destinadas a identificar, monitorear y en lo posible a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud y medio ambiente de la población indígena...”

6. Sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Ley 20.584 de 2012.

Artículo 7

“En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación

de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura”.

7. Convenio N° 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo. Decreto 236/2008.

Artículo 25

“...servicios de salud adecuados... a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental...”

“Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.

El 2 de octubre del 2009, durante el 49° Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49.R22 sobre **RISS** (Redes Integradas de Servicios de Salud) Basadas en la Atención Primaria de Salud y que Chile ha incorporado como estrategia desde el año 2014

8. RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) Basadas en la Atención Primaria de Salud.

Se define como *“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*. En su modelo asistencial expresamente orienta a lo extrahospitalario y *“atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población”*. (Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, MINSAL 2021).

A principios de 2020, la OMS declaró la emergencia mundial del Covid-19 y en marzo de ese mismo año como pandemia. Las medidas restrictivas adoptadas por los diferentes Estados tuvieron inmediato eco en la ONU, que entendiendo lo crucial del control transversal para evitar su avance, consideró fundamental la situación de los pueblos indígenas y a través de su *Department of Economics and Social Affairs* emanó a fines de ese mes el siguiente documento:

9. *“Pueblos indígenas y la pandemia del COVID-19: Consideraciones”*. ONU, marzo 2020”.

En este documento, se insta a los gobiernos e instituciones representativas a:

- **Reconocer a las instituciones representativas de los pueblos indígenas**, a las autoridades y gobiernos como los representantes legítimos de los pueblos indígenas, incluyéndoles en las entidades de emergencia y respuesta

sanitaria de sus comunidades, supervisando las respuestas a la pandemia de COVID-19.

- **Respetar el derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación**, incluido el derecho a estar o permanecer en aislamiento voluntario; **adherirse y apoyar a los pueblos indígenas que han impuesto cercamientos** o limitaciones para detener la propagación del virus COVID-19 en sus comunidades.

- Respetar el derecho **del consentimiento libre**, previo e informado de los pueblos indígenas en la prevención, el desarrollo, la aplicación y la vigilancia de las medidas para hacer frente al COVID-19.

- Realizar esfuerzos concretos para mejorar la **tecnología de la información y otras infraestructuras**, a fin de garantizar que todas las personas, incluidos los pueblos indígenas, tengan **acceso a la información y preparar mensajes de avisos de servicio público**, como los relativos a la higiene, la distancia física, la cuarentena y la prevención, en cooperación con los pueblos indígenas, **en lenguas indígenas. Incluir respuestas culturalmente apropiadas** y capacitar a los indígenas practicantes tradicionales de la atención de la salud, capacitándolos en todas las acciones pertinentes y en el uso de equipo.

- **Mejorar el acceso y la gestión del agua potable y el saneamiento**, en particular para los pueblos indígenas que viven en comunidades remotas, a fin de evitar una mayor propagación del virus. Ello debería incluir las prácticas indígenas pertinentes, como la ordenación de las cuencas hidrográficas.

- **Asegurar la disponibilidad de datos desglosados sobre los pueblos indígenas**, en particular sobre las tasas de

infección, la mortalidad, las repercusiones económicas, la carga de la atención y la incidencia de la violencia, incluida la violencia basada en el género.

- Entablar una **cooperación efectiva con los Estados vecinos** donde los pueblos indígenas viven en las fronteras, velando por que todos los agentes ejerzan las buenas prácticas en estrecha cooperación con los pueblos indígenas afectados. Considerar el establecimiento de fondos para la reconstrucción posterior al COVID-19 y recursos públicos destinados específicamente a las necesidades de los pueblos indígenas para apoyar y restablecer sus medios de vida y economías tradicionales y sostener sus comunidades.
- Asegurar el acceso a la educación de la niñez y juventud indígena **proveyendo de las herramientas necesarias para el aprendizaje a distancia**, en estrecha cooperación con los **docentes y autoridades de los pueblos indígenas**. Apoyar las iniciativas propias de educación de los pueblos indígenas.

Tres meses después, la Organización Panamericana de la Salud difunde el siguiente documento que, siendo muy similar al anterior, lo aterriza regionalmente:

10. “Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19”. OPS, junio 2020.

Este texto incluye “*recomendaciones para los pueblos indígenas, los afrodescendientes y otros grupos étnicos*”, “*recomendaciones específicas para líderes de la comunidad y el personal de salud*”, “*recomendaciones específicas para los gobiernos*” y “*recomendaciones específicas para el personal de*

salud”. Es muy similar al anterior, y destaca la mantención de un “**trabajo en conjunto con los pueblos indígenas, los afrodescendientes y otros grupos étnicos para ofrecer recomendaciones que sean aceptables para estos grupos a fin de proteger su salud**”. Que los gobiernos “**impulsarán espacios de participación y de diálogo, no solo para abordar los efectos de la COVID-19 de forma puntual, sino también para abordar la fase posterior a la respuesta a la emergencia, donde habrá que incidir en la recuperación económica y social**”, asegurando “**que se aplique un enfoque intercultural a la respuesta de la COVID-19**” y “**promover el respeto a la medicina tradicional a través del uso de las plantas, las prácticas y las costumbres tradicionales, entendiendo el sentido que esta tiene para los pueblos indígenas, así como las contribuciones que suponen para la medicina occidental. Los gobiernos deben implementar estrategias para aprovechar las contribuciones de estos conocimientos**”.

Por otro lado, debemos recordar que existen **perfiles epidemiológicos diferenciados** de los pueblos indígenas, fueron realizados a través de convenios **CELADE-CEPAL-MINSAL** entre los años 2007 y 2015 (**Ana María Oyarce Pisani/Malva-Marina Pedrero Sanhueza**), fundamentalmente en regiones tradicional y ancestralmente indígenas, algunos pueblos originarios resultaron separados por Servicios de Salud y solo por razones de administración estatal. Contienen información valiosísima, por primera vez desagregando población

indígena de no-indígena y por fin evidenciando un perfil indígena caracterizado por más pobreza y postergación, menor acceso a saneamiento básico, menor escolaridad, menores ingresos económicos y al mismo tiempo peor oferta de salud: establecimientos muy básicos y precarios (estaciones médico-rurales, postas con rondas médicas irregulares), acceso muy limitado a especialidades médicas/dentales y a resolutiveidad.

Desde el punto de vista epidemiológico, por fin evidenciando sobremortalidad en prácticamente todas las grandes causas de muerte (cardiovasculares, traumatismos, cáncer, respiratorias) y evidenciando no solo un “atraso” respecto de la población general sino la “superposición de mortalidad derivada de enfermedades transmisibles y no transmisibles”, lo que a juicio de las investigadoras es resultado de “inequidades acumuladas” para este grupo. A consecuencia de estos perfiles, en marzo de 2017 el MINSAL lanza el **Plan para Pueblos Indígenas (PPI)** que tiene por objetivos mejorar la eficiencia del sector de salud público y mejorar la calidad de los servicios de salud vinculadas a enfermedades crónicas no transmisibles y que incluye la optimización de profesionales como Químico-Farmacéutico y del área administrativa, obviando ahondar en las causas y suponiendo factores comparables a la realidad del resto de la población no-indígena.

Tal vez lo más llamativo de todos estos informes sea la sobremortalidad infantil, que resultó al menos en más del doble respecto de la mortalidad infantil

nacional y en el peor de los casos el quíntuple, similar a países centroamericanos o africanos. Lo escandaloso es que no hubo ninguna política pública reconocible de parte del MINSAL para abordar esta situación, lo que nos hace pensar que seguramente estas cifras no deben ser mucho mejores aún hoy, momento en que los Servicios de Salud debían estar realizando sus respectivas actualizaciones de perfiles epidemiológicos diferenciados indígena/no-indígena, pero de lo cual aún no hemos tenido noticia. Ver en “*Cuadernos Médico Sociales, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2019, VOL. 59 N°3 Y 4, Salud Infantil en Primeras Naciones “De la priorización de la infancia, los niños indígenas también...”, páginas 25-32. Nelson Vergara R.*

Por último, la situación actual de pandemia ha venido a producir dos efectos importantes en la población de primeras naciones: el refuerzo de los sistemas médicos tradicionales, y el alejamiento de las recomendaciones de salud centralizadas en el MINSAL.

En el primer caso, no solo los agentes de salud tradicional indígenas han seguido ejerciendo su rol al interior de sus colectivos, sino que han sido totalmente obviados por la autoridad de salud gran parte de lo que va de pandemia, al extremo de ni siquiera ser mencionados en su rol de agentes de salud en normativas tan sensibles como el **Instructivo para Permisos de Desplazamiento**, vigente a partir del 18 de junio de 2021, lo que gatilló incluso el inicio de acciones legales por parte de algunos.

En el segundo caso, y a consecuencia del primero, las medidas de distanciamiento, protección y prevención

del COVID-19 no han sido “traducidas pertinentemente” a la realidad de las primeras naciones, por cuanto se tornaron inentendibles, impracticables y hasta ridículas en contextos culturales indígenas, rurales y alejados de centros urbanos. La pérdida de confianza a las autoridades gatilló un cierto nivel de “rebeldía” que al ser contrastado con la ocurrencia de casos cercanos, permitió que los propios agentes de salud operaran en función de proteger a su población a través de medidas validadas intraculturalmente (un mate por cada persona, tomar remedios preventivos autoelaborados, no visitar a parientes lejanos, optimización de las huertas e invernaderos, etc).

Con todo lo anterior, existen suficientes argumentos para plantear la descentralización y territorialización de la gestión y administración en salud como una forma de ofrecer mejores y más eficientes respuestas a las demandas de salud de las Primeras Naciones en Chile y donde ellas podrían incluso autogestionarse, como es el caso de Nueva Zelanda, comunidades

autónomas de España (17 nada menos), por mencionar algunos casos. La reciente instalación de los Gobiernos Regionales pudiera permitir justamente la territorialización de ciertas decisiones y habrá que observar cómo esta nueva institucionalidad es capaz de canalizar las pretensiones y posibilidades autogestoras en materia de salud, que van a la par y que forman un pilar más de las pretensiones autonomistas al interior de las propias primeras naciones, y que en todo caso incluyen: relevar los propios sistemas médicos validando a sus agentes de salud, prácticas y recursos necesarios; adecuar los servicios de salud occidentales a la realidad particular de cada territorio y pueblo, definiéndolos a partir de las propias necesidades de la población específica y no simplemente repitiendo políticas “santiaguinas” de manera poco pertinente y epidemiológicamente incongruentes; y articular estos sistemas médicos entre sí y con otros de manera eficiente, respetuosa y complementaria.