

## **SALUD COLECTIVA: UN MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD CONTEXTUALIZADO.**

Jaime Ibacache Burgos  
Alejandra Leighton Naranjo<sup>1</sup>  
Octubre 2005

### ***Introducción***

Para el actual conflicto socioeconómico y político que vivimos en Latinoamérica, con características particulares obviamente según país, región o territorios, recobra importancia fundamental el generar políticas de desarrollo que en un proceso de Investigación-Acción-Pedagógica permitan construir sociedades inclusivas y diversas en términos culturales. Sólo de esta manera avanzaremos es un real desarrollo humano, pues de lo que se trata es de generar espacios "colectivos", donde la expresión cultural plena de la gente ya es en sí un objetivo de desarrollo crucial.

Esto nos debe llevar obligadamente a actuar desde lo local conociendo las múltiples experiencias colectivas que se ha dado la gente en todos los ámbitos espaciales para generar estrategias comunitarias que les permitan tener "control cultural" sobre una cultura de globalización homogeneizante .

Conocer estas estrategias, sus dificultades, sus logros, sus factores estabilizadores, desestabilizadores y las alianzas establecidas, nos permitirá darnos cuenta de qué es lo realmente importante para que las personas podamos desarrollarnos y construir nuestras propias autonomías de pensamiento y acción

### ***En el ámbito sanitario***

El proceso de medicalización y bioquimización progresiva de la sociedad, ha incidido en la pérdida de recursos y tecnologías propias usados tradicionalmente por las colectividades para resolver problemas de salud en el nivel local.

La constatación de esta realidad por parte nuestra como por parte de la comunidad, ha motivado el diseño de una política sanitaria orientada a validar y fortalecer las acciones y prácticas de salud que la población desarrolla en sus espacios locales como estrategia colectiva para mejorar la calidad de la salud y potenciar un mejor aprovechamiento de los recursos locales para el autocuidado.

El desconocimiento de otros sistemas médicos por parte de la medicina occidental y la muchas veces excesiva dependencia de ésta por parte de las personas -como resultado de la estrategia hegemónica de la propia medicina occidental- es otro elemento que ha forzado el camino de derivación al sistema oficial, aún cuando no sea necesario, lo que queda de

---

<sup>1</sup> Ambos profesionales trabajan en el Departamento Provincial de Salud de Chiloé. Chile. Actualmente están a cargo del desarrollo del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario para la Provincia de Chiloé. Email: [aulen@telsur.cl](mailto:aulen@telsur.cl) y [nercon@telsur.cl](mailto:nercon@telsur.cl)

manifiesto a través de evidencias cualitativas, las que dejan ver que al parecer, tanto a los policlínicos como a los servicios de urgencia, siempre acuden más personas que las que realmente necesitan ser vistas. Esto ha creado una espiral viciosa que ha reventado todo: horas médicas, camas, presupuestos de farmacia, etc., lo que causa a los equipos de salud mucha angustia y presión. Actualmente el trabajador de la salud sólo se puede dedicar a dar medicamentos, ya sea el médico o el auxiliar, además es común que la eficacia del sistema se mida por la entrega de recursos y no por la disminución de las patologías.

Existen además muchas críticas de los usuarios respecto a la falta de horas de atención, al poco tiempo destinado a los consultantes, a la falta de examen físico y de medicamentos, a la falta de efectividad de los tratamientos e inclusive situaciones de maltrato.

También es necesario decir que son muchos los espacios comunitarios que hoy están activos tanto en lo urbano como lo rural. En estos espacios las personas desarrollan sus estrategias de vida en forma colectiva, demostrando que a pesar de la presencia de un sistema de salud occidental hegemónico pero en crisis, las comunidades han sido capaces de mantener, algunas más otras menos, una propuesta y una actitud de búsqueda histórica recurriendo a todos los sistemas de salud que se encuentran en sus territorios.

Lo anterior, producto de un trabajo de campo importante, nos ha llevado a plantear un Modelo de Salud Colectiva, cuyos elementos y ámbitos de acción consideramos fundamentales en el diseño de una estrategia de atención de salud pertinente y contextualizada.

## **SALUD COLECTIVA: UN ENFOQUE PARA EL EQUILIBRIO**

Entendemos por Salud Colectiva un modelo de atención que se construye en forma colectiva desde el territorio donde éste se va a implementar.

En cada territorio existen sistemas de salud que coexisten. Podemos caracterizar estos sistemas como:

- **Sistema Biomédico:** occidental, oficial, biomédico.
- **Sistema Originario:** propio de los pueblos originarios y que se ha transmitido en el tiempo.
- **Sistema Energético:** compuesto por diversos sistemas, tales como las medicinas orientales, las terapias basadas en la energía y otros<sup>2</sup>.
- **Sistema de Medicina Casera:** a través de la tradición y la experiencia de las personas, recoge elementos de los tres sistemas anteriores y los combina para actuar a nivel casero.

---

<sup>2</sup> Hemos agrupado en esta categoría distintos sistemas y prácticas (acupuntura, reiki, flores de Bach, masoterapia, etc.), que comparten concepciones epistemológicas similares en cuanto a persona, salud, enfermedad, espacio, tiempo y la necesidad de considerar estos elementos en forma holística o integral.

Cada uno de estos sistemas tiene sus propios conceptos de salud y enfermedad; define las causas que las provocan; tiene sus particulares tecnologías y procedimientos; un conjunto de terapeutas y una forma de establecer la relación terapeuta - enfermo; así como también ámbitos y enfermedades en cuyo tratamiento son más eficientes. Ningún sistema médico representa una solución a todos los problemas, es necesaria la complementariedad de sistemas para obtener los logros más adecuados.

Estos sistemas compiten o se relacionan entre sí, dependiendo de la fuerza y validación de cada uno de ellos en el territorio. En un territorio con presencia de pueblo originario con alta identidad cultural, el sistema originario tendrá mayor validación que el biomédico, lo que se reflejará en la mayor consulta y confianza de las personas hacia los terapeutas tradicionales originarios, y en el acercamiento al sistema biomédico ya sea en un itinerario terapéutico simultáneo o secuencial. Probablemente en un territorio urbano las personas asistan en mayor medida al sistema biomédico, en un itinerario exclusivo, ya sea por la mayor medicalización que ha ejercido este sistema sobre la población o por la posibilidad de solucionar problemas concretos. Sin embargo, seguramente también será posible encontrar aquí itinerarios simultáneos o secuenciales con el sistema SEPB.

Esto quiere decir que frecuentemente las personas inician un **camino de sanación** basado en un pensamiento socio-espiritual-psico-biológico, buscando en él nuevas respuestas y/o complementar el tratamiento biomédico.

Son entonces las personas quienes en su camino de sanación se relacionan con uno y otro sistema, tomando de cada uno de ellos lo que consideran adecuado, complementándolos, ya que en muchos casos ninguno de ellos tiene todas las herramientas necesarias para la sanación integral. Un problema de salud agudo, como una apendicitis es tratado eficazmente por el sistema biomédico, que cuenta con los elementos adecuados para ello, pero muchas veces los enfermos son también tratados posteriormente por la medicina originaria cuando la causa de la apendicitis se encuentra, por ejemplo, en una transgresión. Lo mismo ocurre para otras enfermedades "occidentales". En caso de un problema vinculado a concepciones culturales de la persona, como un mal tirado (daño por envidia), éste debe necesariamente ser tratado por el sistema originario para ser resuelto; un cáncer o una enfermedad psiquiátrica podrán ser tratados simultáneamente por ambos sistemas, ofreciendo cada uno de ellos las técnicas más apropiadas para que la persona enfrente esta enfermedad/desequilibrio en forma integral.

Tomando en cuenta estas consideraciones, se propone un modelo de salud colectiva que tome en cuenta todos los sistemas de recuperación del equilibrio en un territorio, los que al entrar en coordinación crean un modelo dinámico que pueda dar mejor cuenta de la realidad territorial o del espacio local y ofrecer una atención más resolutive a las personas.

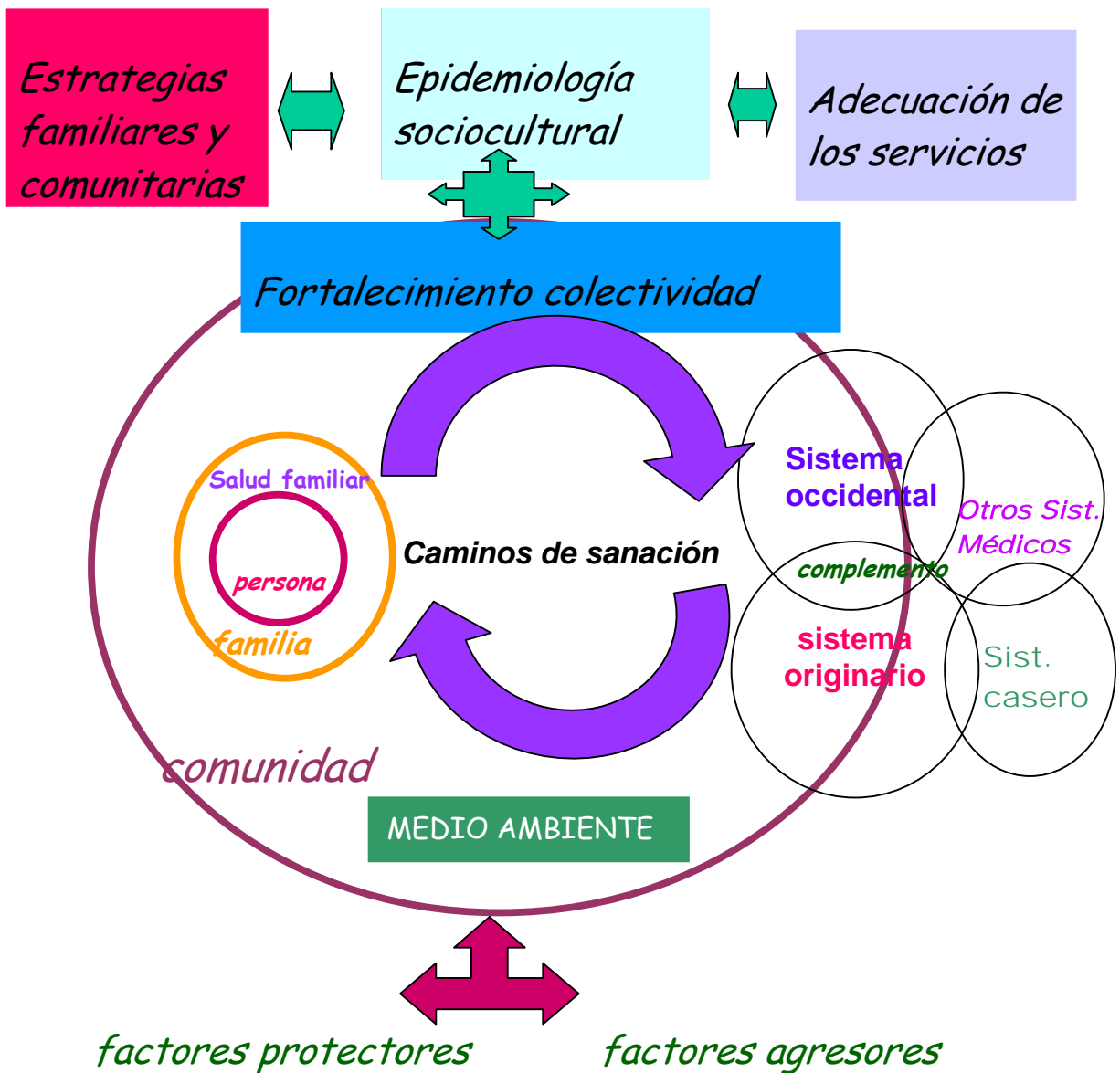
Este modelo tiene la particularidad de ser socio espiritual psico biológico porque considera a la persona y sus componentes inserta en una red familiar, comunitaria, social y espiritual. La salud colectiva también se desarrolla en el contexto de un espacio local o territorio que en su dinámica cotidiana se encuentra determinado por factores que lo agreden y otros que lo protegen.

Consideramos que el fortalecimiento de la Salud Colectiva que ya existe y ha existido en los territorios pasa por desarrollar al menos cinco áreas estratégicas.

- 1.- Epidemiología Sociocultural.
- 2.- Adecuación de los Servicios de Atención
- 3.- Fortalecimiento de la Colectividad
- 4.- Reforzar las Estrategias Familiares y Comunitarias.
- 5.- Medioambiente y Cultura local

Para el desarrollo de estas áreas, es necesaria una metodología de Investigación-Acción-Pedagógica que a partir del diálogo colectivo genere un conocimiento de las realidades que permita implementar acciones pertinentes, las que por la naturaleza del proceso serán de mayor impacto y trascendencia.

A continuación presentamos un esquema que grafica el Modelo de Salud Colectiva que estamos proponiendo.



Este esquema fue diseñado a partir de la experiencia de trabajo en terreno realizado por Jaime Ibacache Burgos, Alejandra Leighton Naranjo, Esteban Figueroa Oliva y Cecilia Guzmán Oñate. Todos pertenecientes al Servicio de Salud Llanquihue-Chile

## ***1. Epidemiología Sociocultural***

Desde la epidemiología convencional, así como también los estudios sociodemográficos realizados en poblaciones originarias y poblaciones marginadas en general, siempre se los hace aparecer como poblaciones desprotegidas, sin conocimiento, sin cultura, sin capacidad de organización y en el último tiempo como violentos y poco aportadores al desarrollo nacional. No existe una comprensión del tremendo potencial que estos pueblos pueden hacer a la sociedad entera a través de valores no cuantificables en estadística alguna. Esta situación va produciendo en cualquier grupo humano una frustración y baja de la autoestima, haciéndolos cada día más dependientes de un estado paternalista, que intenta a través de programas diseñados desde una mirada "integralista", "asimilacionista" y "extractivista" de recursos hacerlos desaparecer en una homogeneización falsa como país.

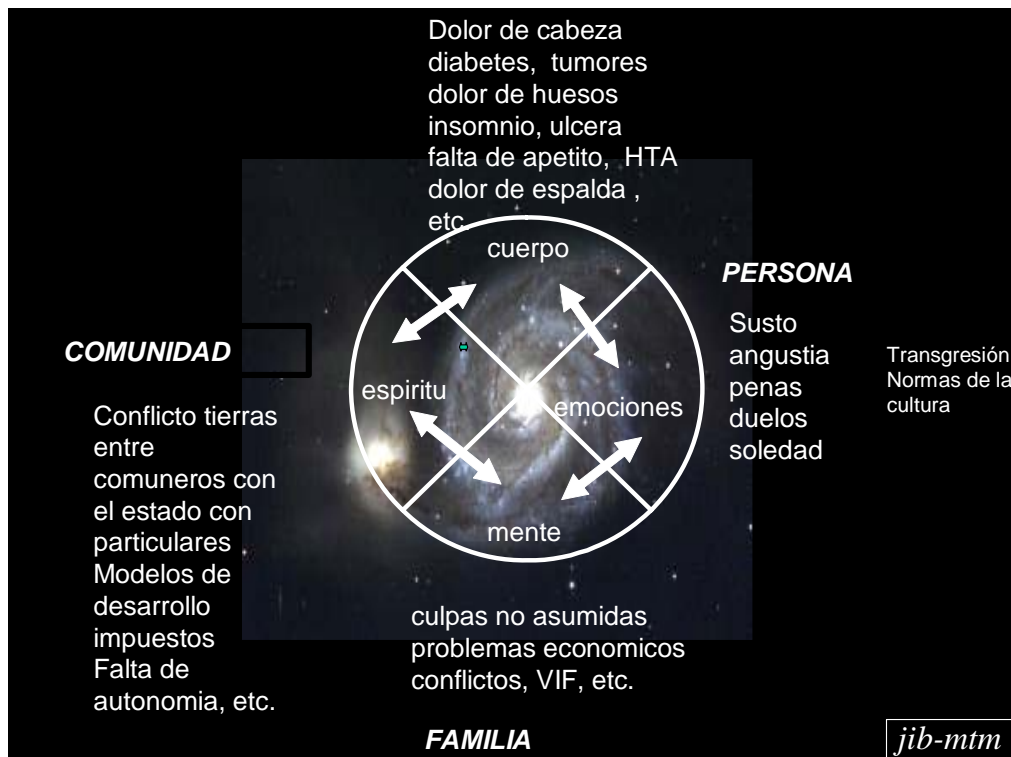
### **1.1. Concepto de Persona**

La salud en los pueblos originarios y en poblaciones mestizas se concibe como el bienestar y equilibrio de la totalidad de las dimensiones de la persona: el cuerpo, el espíritu, las emociones y la mente. Asimismo, la salud es entendida no sólo desde la persona o individuo, sino también desde la familia y la comunidad y el entorno en el que ésta se inserta. Una persona que físicamente presenta síntomas como fatiga o colon irritable, seguramente está externalizando un problema que tiene al nivel de su espíritu o sus emociones. Una familia o una comunidad que no tiene equilibrio, ya sea por la falta de trabajo del jefe de hogar, por un conflicto de tierras o por un daño ambiental en su territorio, produce desarmonía y enfermedad en las personas que la conforman. La enfermedad, entonces es producto del desequilibrio de los elementos del medio en que está inserta la persona, ocasionada por una transgresión o quebrantamiento de las normas de la cultura o de la vida cotidiana.

Lo anterior se puede graficar en el siguiente esquema<sup>3</sup>:

---

<sup>3</sup> Esquema desarrollado por el Dr. Jaime Ibacache B. y la Asesora Cultural Miriam Torres Millan a partir de la atención de salud con enfoque sociocultural en Küme Mognen Ruka Chafün, Kompu. 2003.



A partir de estos conceptos, se propone enfocar el espacio local desde una epidemiología sociocultural, definida como:

*"el estudio de los factores que protegen y agreden el equilibrio de las personas, familias y comunidades, incorporando las propias categorías y etiologías (causas) del desequilibrio desde el punto de vista de la cultura de la colectividad"* (J. Ibacache Burgos , A. Leighton Naranjo. 2004).

De esta forma, para tener una real visión de la situación de salud de una comunidad, se propone complementar el diagnóstico de salud con los siguientes elementos:

### 1.2. Identificación de los factores protectores y agresores presentes en el territorio.

Determinar cuáles son estos factores en un territorio particular permite establecer daños en las personas, sus familias, el medio ambiente y su identidad cultural.

Los factores protectores y agresores son diversos y varían entre un territorio y otro; algunos pueden ser claramente identificados por las personas que habitan en ese espacio y otros requieren de un análisis más profundo para su identificación. Una comunidad que identifica y conoce los factores que la agreden y aquellos que la

protegen, puede organizarse para enfrentar o controlar los primeros y potenciar o resguardar los segundos.

Estos factores agresores y protectores del equilibrio pueden ser comunes en muchos pueblos de Latinoamérica que han tenido una relación de conflicto con los Estados e incluso entre ellos mismos.

En nuestro trabajo cotidiano en diversos territorios hemos encontrado factores agresores diversos como los siguientes:

FACTORES AGRESORES	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasa y mala calidad de la tierra</li> <li>• Pérdida del espacio y cultura rural</li> <li>• Cambios climáticos</li> <li>• Presencia de actividades depredadoras o contaminantes del ecosistema (ej. salmoneras, cultivos marinos ribereños, empresas forestales, construcción de carreteras)</li> <li>• División y pérdida de la organización de las comunidades.</li> <li>• Migración campo-ciudad con soledad de los ancianos</li> <li>• Desapego a la tierra por parte de los jóvenes</li> <li>• Medicalización y bioquimización de la salud</li> <li>• Falta de información para la salud</li> <li>• Crisis de la red asistencial y social occidental</li> <li>• Crisis de la medicina tradicional</li> <li>• Pérdida de la identidad cultural</li> <li>• Invasión de los medios de comunicación</li> <li>• No-valorización de la cultura originaria por el sistema educacional</li> <li>• Pérdida del idioma originario</li> <li>• Pérdida de la propiedad o contaminación de cursos de agua</li> </ul> <p>Excesiva intervención de organismos públicos y privados en el desarrollo de la comunidad, creando dependencia y paternalismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de una red familiar de apoyo</li> <li>• Vigencia del sistema de salud tradicional</li> <li>• Conservación de espacios tradicionales sagrados o rituales (cementeros, espacios de recolección de plantas medicinales, canchas ceremoniales, etc.)</li> <li>• Pertenencia a una comunidad u organización indígena</li> <li>• Existencia de reservas forestales comunitarias</li> <li>• Presencia de autoridades tradicionales reconocidas por la comunidad</li> <li>• Lactancia materna prolongada</li> <li>• Permanencia de la madre junto al hijo</li> <li>• Espacios no contaminados aún</li> <li>• Visión particular del hombre con su medio. Cosmovisión propia.</li> <li>• Existencia de comunidades aisladas y con control cultural</li> <li>• Emergencia de la organización y reivindicación indígena</li> <li>• Existencia de redes sociales de apoyo en el territorio</li> <li>• Presencia y diversidad de cultivos de hortalizas y vegetales con técnicas de fertilización tradicionales y/u orgánicas</li> </ul>

En una primera etapa se sugiere realizar un encuentro colectivo a través del cual, previa una introducción acerca de lo que son los factores protectores y agresores de la salud o el equilibrio, sea la propia comunidad la que a través de sus percepciones entregue información acerca de los factores que identifican en su territorio.

Es probable que algunos elementos sean fácilmente reconocidos por las personas y otros sean de más difícil identificación, o bien que sean ambivalentes, es decir, considerados agresores por algunos y protectores por otros<sup>4</sup>. El realizar este ejercicio y consensuar los factores agresores y protectores para una comunidad permitirá obtener un perfil, desde donde será posible -en un trabajo más profundo- establecer las estrategias que la propia comunidad ha desarrollado o puede desarrollar para mantener su equilibrio o proteger su cultura.

También es posible partir de factores predefinidos, como los antes mencionados y sobre ellos hacerse preguntas que permitan su identificación en la comunidad. En este caso, por ejemplo para la *Excesiva intervención de organismos públicos y privados en el desarrollo de la comunidad que crean dependencia y paternalismo*, identificada como un factor agresor, es posible preguntar a la comunidad: ¿cómo resolvíamos antiguamente nuestros problemas comunitarios?, ¿cómo nos proveíamos de semillas y fertilizantes para nuestras siembras?, ¿de qué forma realizábamos trabajos que implicaban la participación y el aporte de toda la comunidad?, ¿estamos resolviendo como comunidad nuestros problemas o son otros los que nos traen las soluciones?, ¿la presencia de los organismos A y B en la comunidad han influido positiva o negativamente en nuestro bienestar?, ¿han reforzado nuestra identidad?, ¿nos han unido como comunidad?, ¿nos permiten tomar nuestras propias decisiones según lo que más nos conviene?. Las respuestas a estas preguntas permitirán definir si estamos frente a un elemento que transgrede, o que por el contrario contribuye a la armonía y equilibrio comunitario.

### **1.3. Clasificación sociocultural de las enfermedades**

Habitualmente el sistema de salud oficial limita su diagnóstico a una explicación biomédica de la enfermedad, sin embargo, la persona que presenta la enfermedad puede también entender y explicar su problema de salud desde sus propias

---

<sup>4</sup> La apertura de un camino puede ser agresor en la medida que deja expuesta a la comunidad a agentes externos que pudieran ser perjudiciales, como la llegada de desconocidos, el tránsito de vehículos pesados, el ruido ambiental, la división de algunos predios o la contaminación de cursos de agua; o bien puede ser considerado como protector en la medida que facilita el desplazamiento de la comunidad, acerca más a las familias, les abre nuevas oportunidades de acceso a otras comunidades o poblados. En estos casos será necesario discutir cuidadosamente la forma en que ello ha influido en la pérdida o recuperación de la identidad, salud y equilibrio de las personas y familias.

percepciones y experiencias, interpretando sus síntomas, definiendo sus causas y estableciendo -cuando cuenta con los elementos culturales adecuados- el tratamiento más pertinente para su sanación.

Conocer las causas que las personas atribuyen a sus enfermedades o desarmonías permite no sólo incorporar una visión más amplia de la epidemiología, sino también validar la cosmovisión y las prácticas de una cultura al considerarlas en su proceso de sanación o recuperación del equilibrio.

Entre las causas a las que las personas atribuyen sus enfermedades o desarmonías, relacionadas con los componentes de la persona y que han sido identificadas por ellas en la atención de salud a poblaciones originarias y rurales en Chile, podemos mencionar<sup>5</sup>:

<p style="text-align: center;"><b>CUERPO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desequilibrio frío-caliente</li> <li>✓ Golpe anterior o antiguo</li> <li>✓ Herencia</li> <li>✓ Mala alimentación</li> <li>✓ Contagio</li> <li>✓ Esfuerzo inadecuado</li> <li>✓ Pura enfermedad</li> <li>✓ Agresión Física</li> <li>✓ Empacho</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>MENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sobreexigencia por posición/cargo</li> <li>✓ Alteración estado mental</li> <li>✓ Desarraigo involuntario</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>ESPIRITU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Susto</li> <li>✓ Mal de ojo</li> <li>✓ Transgresión a espacios sagrados</li> <li>✓ Pérdida de identidad cultural</li> <li>✓ Mal por envidia</li> <li>✓ Adicción</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>EMOCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sufrimiento de vida</li> <li>✓ Alteración del ánimo</li> <li>✓ Agresión o violencia psicológica</li> <li>✓ Mucho pensamiento</li> <li>✓ Sueños</li> </ul>

En la aplicación de un diagnóstico de salud, lo ideal sería consultar a cada persona que sufre de alguna dolencia o enfermedad la causa a la cual la atribuye (¿por qué cree usted que tiene estos síntomas?, ¿qué piensa usted que lo/a enfermó?).

En espacios donde la gestión de la salud está a cargo de las comunidades originarias esta pregunta se ha incorporado, entregando importante información. Sin embargo, también debe reconocerse que para que una persona responda a esta pregunta debe sentir confianza con el terapeuta y, a su vez, el terapeuta sentir

---

<sup>5</sup> Estamos de acuerdo que un esquema así es una manera "didáctica occidental" de presentar las causas de la dolencia en una persona que en la vida real es un todo donde muchas de estas causas traspasan los ámbitos en algún momento del desequilibrio.

respeto por el conocimiento y explicación que las personas tienen acerca de su salud, ya que éste conocimiento ha sido frecuentemente negado e incluso ridiculizado por algunos agentes de salud oficial.

El conocer la etiología "occidental" de la enfermedad junto a la percepción de la dolencia en personas que viven colectivamente en territorios definidos permite ir conociendo los verdaderos riesgos socioculturales y las estrategias colectivas para la recuperación del equilibrio.

Al respecto, algunos avances se han hecho en territorios mapuche y territorios williche en el sur de Chile. Es así como por ejemplo en el caso de las enfermedades circulatorias las principales percepciones de las personas en relación al origen sociocultural de la dolencia son, en orden decreciente: Alteración del ánimo, Sufrimiento de vida, Esfuerzo Inadecuado, Desequilibrio Frío-Caliente y Golpe anterior o antiguo.

Al calcular riesgo relativo (RR) según sexo, éste es de 1.3 para sexo femenino, lo que nos indica que las mujeres de estos territorios tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares; en relación a la pertenencia a alguna organización, el RR es de 0.9 para la persona que pertenece y participa en una organización local, sobre todo si es una organización originaria, es decir, existe una leve protección ante enfermedades cardiovasculares al pertenecer a organizaciones, donde seguramente hay factores que los protegen como la solidaridad, espacios de conversación, lucha por objetivos colectivos, etc.

Lo anterior nos hace reflexionar sobre la real efectividad de los programas de promoción de la salud impulsados por los estados, donde se prioriza un enfoque biomédico<sup>6</sup> en detrimento de la perspectiva sociocultural, la cual en el caso que se analiza tiene que ver directamente con la calidad de vida de la persona en su espacio cultural y local.

Este ejemplo, unido a la experiencia de campo, puede indicarnos que la enfermedad cardiovascular puede ser producto de factores agresores que han desestructurado la identidad cultural creando condiciones laborales de dependencia, y un modo de vida con sufrimiento para alcanzar los bienes que un modelo de desarrollo exógeno impuesto exige.

El análisis de otras dolencias y enfermedades<sup>7</sup> nos muestra que una de las primeras causas etiológicas socioculturales identificadas por las personas son

---

<sup>6</sup> En este enfoque, la causa primaria de la enfermedad cardiovascular es habitualmente identificada como el consumo de alimentos altos en grasa o un consumo excesivo de sal, buscándose el cambio de comportamiento en este sentido, pero ignorando la existencia de una serie de otros factores locales que pueden tener tanto o más impacto en el problema cardiovascular y que no llegan a ser conocidos por el equipo de salud.

<sup>7</sup> Dolencia hace alusión a la experiencia individual de estar enfermo, o sea es la forma como la persona percibe y explica su problema de salud o desequilibrio. Enfermedad por otra parte, se refiere al origen patológico de un problema de salud y se limita a la explicación médica del fenómeno.

las alteraciones que tienen que ver con Salud Mental. Esto nos debe llevar a plantearnos una línea de trabajo que tome en cuenta las categorías y percepciones que tiene la propia comunidad y sus terapeutas originarios respecto de la salud mental del individuo y su relación con su entorno social, cultural y ambiental. Para esto es también necesario el obligado diálogo de los equipos convencionales de salud mental con los terapeutas originarios para así establecer alianzas y la complementariedad necesaria y poder así entender el origen real de estas causas. Esto incluso tiene que ver con el entender los conceptos de normalidad y anormalidad en contextos socioculturales diversos.

Cuando son razones de este tipo las que influyen en el estado de salud de las personas, se hace más válido el enfoque colectivo de salud, ya que no es el equipo de salud quien tiene las herramientas para resolver estos problemas, sino que es la propia persona y comunidad quién debe buscar los mecanismos para abordar estas situaciones y volver al equilibrio, buscando para ello los apoyos y alianzas necesarias.

Inclusive el tema del desequilibrio frío-caliente tiene que ver con la percepción cultural de la enfermedad, así como el concepto de cuerpo que se tiene al pensar en un golpe antiguo -ocurrido hace 15 ó 20 años- como causa originaria de la dolencia que afecta actualmente a una persona. Ello nos lleva a darnos cuenta de la real importancia que tiene la investigación en antropología de la salud para poder entender conceptos culturalmente determinados de cuerpo, espacio y tiempo.

Esto explica el comportamiento del "paciente" crónico en control, quién acude más por un compromiso-obligación a buscar mensual y "religiosamente sus pastillitas", pero que una vez en casa define autónomamente la dosificación a tomar o bien las abandona en el "rincón farmacológico casero", porque estos no están recetados dentro de su matriz cultural y su opinión jamás le fue consultada por los funcionarios de un sistema biomédico autoritario.

Pero afortunadamente en algunos espacios locales persisten las conductas promocionales y preventivas relacionales y colectivas basadas en espacios y ceremonias de una identidad cultural que protege las decisiones autónomas en los caminos de sanación.

#### **1.4. Registro de Datos sobre Actividades de Salud en la Comunidad.**

La información, que se recoge a través de la atención de salud que entrega el sistema oficial y se maneja en las Posta de Salud Rural, Consultorios y Hospitales Rurales, no ofrece actualmente datos "pertinentemente diferenciados" sobre la realidad, debido a que los sistemas de registro son de mala calidad y sólo recogen datos cuantitativos y por ende "homogeneizantes".

En algunas zonas hemos avanzado a incorporar nuevas formas de fichas clínicas y registros que al ser complementados con la "participación intelectual" de la comunidad permiten tener una visión más integral ya que incorporan la perspectiva

de la comunidad a través de la identificación de variables que habitualmente no son consideradas por el equipo de salud.

## ***2. Adecuación de los Servicios a la Cultura Local***

La historia de los Servicios Públicos de Salud en la región es la historia de la ocupación de territorios originarios con modelos de salud occidentales que han sufrido una desadaptación progresiva a la realidad sociocultural local.

En Chile, en la década de los 60, se desarrolla una política sanitaria para territorios rurales donde se comienzan a establecer las primeras Postas de Salud Rural, donde comienza a trabajar un Aux. Paramédico Rural, muchas veces originario de la misma comunidad, pero que fue educado en una visión no complementaria de la salud. Sin embargo, estos mismos Aux. Rurales fueron capaces a escondidas muchas veces de seguir en relación con los terapeutas originarios locales, a pesar que la orden que recibían fue de perseguir a quienes ejercieran la sanación en forma "ilegal" según el código sanitario (aún vigente).

El contexto epidemiológico de la época estaba marcado por una alta mortalidad infantil a causa de enfermedades infectocontagiosas y una alta mortalidad materna. Esto es lo que crea la necesidad "externa" de implementar políticas tendientes a combatir dichos problemas. El resultado es exitoso. Se disminuyen en el transcurso de los años las tasas de Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna, se disminuyen las tasas de consulta por diarreas, se mejora el acceso al agua, se logra avanzar en educación en salud, etc. Pero también comienza la destrucción del sistema de salud originario y la generación de la actual dependencia del "producto salud transable en un mercado"

De todas formas, a pesar de la fuerte imposición ideológica, las comunidades siguen protegiendo y valorando sus recursos terapéuticos locales, incluso llegando muchas veces a complementar las acciones, como en el caso de los controles de mujeres embarazadas, quienes se controlaban en el sistema occidental, pero también en el sistema originario, promoviendo y previniendo así cualquier desequilibrio socio espiritual y psicobiológico que pudiera afectar el futuro familiar.

Hoy el panorama epidemiológico convencional ha cambiado. Ahora son las enfermedades circulatorias, los tumores, los accidentes y traumatismos las primeras causas de muertes. Enfermedades que tienen múltiples factores determinantes y condicionantes que los actuales servicios públicos de salud no están en condiciones de enfrentar, pues se ha creado una actitud de encierro entre cuatro paredes a la espera de la llegada del "paciente", se ha neoliberalizado la práctica de la salud, se ha centrado el tratamiento en la capacidad milagrosa de un medicamento, se ha continuado la formación de recursos humanos con una mirada biomédica del desequilibrio, la gestión en salud se mide por indicadores competitivos y cuantitativos, se desconoce la verdadera opinión de los usuarios y

obviamente la cultura local en cuanto a origen y desarrollo de las dolencias desde el punto de vista de la gente.

Por otra parte también la comunidad ha entrado en la espiral viciosa de "consumir enfermedad". Ha ido perdiendo paulatinamente la confianza y credibilidad en sus propios recursos y especialistas terapéuticos, lo que los ha llevado, casi siempre a los más jóvenes, a preferir la consulta rápida en las florecientes redes transnacionales de farmacias esparcidas por todos lados.

A nivel familiar se ha ido perdiendo el autocuidado en el cual la familia siempre contaba con una o más personas, preferentemente mujeres, quienes conocían síntomas y signos de alarma que les hacía tomar decisiones adecuadas en momentos críticos<sup>8</sup>.

A pesar que las políticas públicas sanitarias siguen hablando de Participación, Equidad y otras buenas intenciones, continúan las comunidades siendo espectadores pasivos del desarrollo del modelo. Los intentos de fortalecer la Participación no pasan más allá de formar grupos funcionales al sistema o generar mesas de trabajo, consejos consultivos, quienes al final terminan agotados de tanta reunión, gastos financieros propios y sin lograr avances en lo que el propio sistema ha comenzado a acuñar: "la salud es responsabilidad de todos".

Pero, no todo ha sido tan gris en el escenario (que culpa tendrá el color gris?), pues en diferentes espacios locales frente a la insatisfacción las comunidades han comenzado a desempolvar y a re-acariciar las estrategias antiguas que hoy son futuro. Ya hay experiencias en marcha respecto de Gestión Compartida de un Centro de Salud, Autonomía en el manejo de recursos financieros, ideas de autofinanciamiento, alianzas estratégicas con sectores y personas solidarias que creemos en un modelo de vida distinto. Son muchas las formas que nos sorprenden cada día respecto de cómo comenzar a cortar el lazo de dependencia y comenzar el camino de la autonomía del pensamiento propio.

Un modelo de Salud Colectiva a través de su principio de Investigación Acción Pedagógica deberá por lo tanto conocer y a partir de allí comenzar la readecuación de los servicios de salud occidentales y originarios a la realidad de la gente.

En el caso del sistema occidental, donde es más notoria la 'autosuficiencia' y menor apertura a otras formas de concebir o tratar los procesos de salud y enfermedad, es fundamental en la adecuación de los servicios el conocimiento y comprensión por parte de los funcionarios de salud de la cosmovisión que la población tiene acerca de la salud y enfermedad, independientemente de la cultura de ésta, así como también conocer e informarse

---

<sup>8</sup> En relación a síntomas y signos de alarma en enfermedades respiratorias hemos encontrado palabras en Mapudungun (Idioma del pueblo Mapuche ) para retracción, tiraje, sibilancias, dificultad respiratoria, etc.

sobre terapias complementarias que pueden ser interesantes aportes en la recuperación de la salud de las personas (acupuntura, reiki, programación neuro lingüística, digitopresión, masajes, etc.). No se trata de que el profesional o técnico de salud se convierta en yerbatero, curador de empacho, o acupunturista, pero sí que conozca la forma en que los otros sistemas médicos se aproximan al tratamiento de determinadas enfermedades y dolencias y las capacidades que estos sistemas tienen para tratar complementaria o exclusivamente algunas de las dolencias que recibe el sistema occidental.

Mención aparte merece la irrupción de las llamadas medicinas de la Nueva Era (Reiki, flores de Bach, etc), las cuales frente a la crisis del sistema biomédico actual han ganado espacio en los sectores más pudientes, pero que también hoy están bajando sus costos y están al alcance de la población con menos ingresos económicos. En este sentido, incluso ya hay personas de pueblos originarios que practican o bien han adaptado dichas terapias a su quehacer, situación que ha causado polémicas pero que hemos visto como un resultado del dinamismo propio de las culturas. El peligro existe cuando el colectivo local pierde el objetivo del fortalecimiento de la Identidad Cultural y descuida el fortalecimiento y valorización de sus terapeutas originarios.

La incorporación de yerbas medicinales en los Servicios de Salud por parte de personas interesadas o por parte de programas especiales también ha sido un tema interesante a discutir. Según muchos, esto ayudaría a la adherencia y adhesividad de los tratamientos, pues el dar el medicamento con alguna "agüita de yerbas" sería como "interculturalizar" la terapia y la persona vería sus "tradiciones" respetadas.

El tema es cuál es el contexto cultural de la yerba medicinal. ¿Donde puede crecer?, ¿de donde obtiene su fuerza?, ¿qué más hay de terapéutico en ella además del principio activo?, ¿qué parte de la planta se debe usar, en qué momento cortar, quién puede hacer esto, cómo hay que hacerlo?.

Todas estas preguntas deberán buscar su respuesta en un enfoque colectivo de la salud, más que en suponer que las modas son las que guiarán el quehacer en salud.

Hoy el tema de la biopiratería y patentación por parte de transnacionales respecto de recursos y conocimientos originarios es un tema que se ha estado planteando seriamente y que ha pasado por la toma de conciencia de las propias comunidades y sus reclamos frente al Estado. Esto también nos lleva a plantearnos el tema de la investigación local. ¿Quién controla y cómo se controla aquella?

En un modelo de salud colectiva que potencie la complementariedad desde los principios antes enunciados, se deberán crear mecanismos de referencia y contrarreferencia entre sistemas de salud; se deberá desarrollar una política de

capacitación que involucre tanto al personal de salud como a la comunidad; se deberán discutir "colectivamente" los modelos de atención más adecuados, la dación de horas de especialidad, las prioridades, los rendimientos, etc.

La red futura de salud colectiva comienza en el hogar y termina en el hogar, en el espacio local. En el camino de sanación los diferentes sistemas adecuados a la realidad cultural van aportando los conocimientos y también aprehendiendo entre sí uno del otro a través del fortalecimiento del espacio local y de la colectividad que en ella habita. Base de las Autonomías Multiculturales

### ***3. Fortalecimiento de la colectividad social***

*"Sólo aquellas leyes que tienen su fundamento en el sentimiento del pueblo pueden llevarse a la práctica, mientras que aquellas que lo violan sólo despiertan resistencia". (I Ching )*

Es urgente el tema de cómo irnos fortaleciendo como colectivo para comenzar a ejercer un control social sobre los servicios.

Hasta el momento nos han tenido "confundidos" con buenos conceptos como Participación Social, Mesa de Trabajo, Empoderamiento ( e incluso decimos "Empowerment" ¡! ), Mesa de Trabajo, Consejo Asesor, Consejo Consultivo y muchos más.

En nuestro quehacer con las personas en sus espacios locales nos han manifestado que quieren y desean participar, pero en **reciprocidad**. Un concepto que nos parece fundamental. Si no hay reciprocidad en las relaciones se desencadena el desequilibrio, la enfermedad de las partes y la desintegración de los colectivos.

Las comunidades desean participar en salud a partir de principios fundamentales como:

- Que exista reciprocidad en la forma de entender el mundo.
- Que exista respeto por la identidad cultural.
- Que exista horizontalidad en las relaciones: se dejan de lado los cargos o posiciones y los tecnicismos; se conversa de igual a igual.
- Que exista complementariedad de los saberes: cada sistema de salud y cada persona aporta su conocimiento, ideas y herramientas para lograr el equilibrio.
- Que exista comunicación entre la comunidad y el equipo de salud: el equipo 'se mete' en la comunidad y la escucha; la comunidad recibe información clara acerca del funcionamiento del sistema de salud occidental.

#### ***4. Estrategias Familiares y Comunitarias***

Ancestralmente los pueblos originarios y los no originarios, pero sí mestizos, han desarrollado su propio sistema de salud, el que incorpora no sólo la clasificación de las enfermedades y sus causas (etiología), sino diversas formas de tratarlas apoyándose especialmente en el conocimiento de los ciclos y elementos de la naturaleza y en una amplia gama de especialistas o sanadores tradicionales responsables de la salud de la comunidad.

Con los procesos históricos y de aculturación vividos en Latinoamérica, muchos de estos sanadores originarios, tales como parteras, componedores de huesos, dentistas y yerbateras han quedado relegados a un espacio muy privado, perdiéndose en algunos casos gran parte de la experiencia y el conocimiento tradicional al no ser practicado o traspasado a las generaciones más jóvenes. Esto ha llevado, como lo hemos dicho ya antes, a una actitud pasiva, dependiente y consumista que en vez de mejorar la salud la empeora, pues rompe con el autoestima y la verdadera valoración de las capacidades locales.

Sin embargo, aún existen comunidades en que parte de este conocimiento y prácticas se mantienen y donde personas de la comunidad son capaces de resolver determinadas dolencias, lo que además de constituirse en un factor protector de la salud, permite a la comunidad contar con un sistema de salud complementario al sistema médico oficial y que se acerca de mejor manera a la concepción integral de equilibrio que maneja la comunidad.

Una aproximación al espacio local que establezca la existencia y vigencia de esta red de salud complementaria, así como del conocimiento de medicina popular y originaria existente en las familias de la comunidad es útil en la medida que aporta elementos que pueden ponerse a disposición de un proceso de complementariedad de la salud, de fortalecimiento de las estrategias familiares y comunitarias de salud y de recuperación de la autonomía en salud de la comunidad.

Aquí cobra importancia el concepto de Autocuidado a nivel del espacio local, donde las personas ejecutan libre y voluntariamente acciones con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Un primer ámbito para el desarrollo de estas acciones es el hogar, donde la persona que generalmente desarrolla el rol de especialista es la madre; ella asume la responsabilidad de prevenir, fomentar calidad de vida, curar y rehabilitar episodios mórbidos. Es en el hogar donde se diagnostica y donde se da tratamiento a las enfermedades más comunes en sus etapas iniciales como gripe, diarrea, heridas o aquellas derivadas del desgaste físico y mental a causa del trabajo.

Tales acciones constituyen lo que se conoce como medicina casera, y potenciar su intervención favorece la promoción de estilos de vida sana, evitar situaciones de riesgo y detectar precozmente enfermedades, resolver problemas leves, evitar complicaciones y actuar eficazmente en la rehabilitación y en el manejo de patologías crónicas.

Fortalecer la medicina casera y potenciar el autocuidado requiere de la participación de todos los sectores de la sociedad, ya que promueve la participación,

protagonismo y control de la familia y la comunidad en los procesos de salud y enfermedad.

Esta estrategia es fundamental a nivel de los espacios rurales y espacios aislados geográficamente y donde muchas veces existe un centro de salud occidental que recibe la visita de equipos de profesionales ya sea mensualmente en la mayoría de los casos y a veces cuatro veces o menos al año en algunas zonas muy aisladas. Es allí donde es necesario potenciar las estrategias familiares y comunitarias ancestrales que se basan en una cosmovisión propia que incorpora la promoción y la prevención en todas sus ceremonias, tanto a nivel de relación entre sí como personas, con los antepasados, con la naturaleza y con el mundo espiritual.

### **5. Medio Ambiente y Cultura**

No existen estudios sistemáticos en Chile y en Latinoamérica que muestren el efecto real de la devastación del medio ambiente sobre la salud de las personas, no contamos aún con el conocimiento de cuáles son los factores agresores de la armonía comunitaria producto del deterioro del medio ambiente.

Sin embargo, este tema ha sido y es central en la historia oral de los pueblos originarios, como lo expresa en el caso mapuche el hermano Domingo Raín de Llaguepulli, Región de La Araucanía en Chile.:

*"...Para nosotros los mapuche, no es nuevo el termino diversidad biológica o biodiversidad, ni la necesidad vital de una utilización sostenible de los recursos naturales. En nuestra cultura, utilizamos el concepto ITROFILL MONGEN para definir el conjunto de vidas que existen en la naturaleza o WALLMAPU, formando un todo interrelacionado, donde nada funciona en forma independiente, donde nosotros somos sólo una vida más con nuestras particularidades, pero no la única ni la superior".*

En todos los pueblos originarios el medioambiente tiene fuerzas que lo cuidan, y que lo protegen. Esta existencia de fuerzas siempre requiere de un respeto o protocolo de "pedir permiso" para poder entrar en estos espacios sagrados y sacar de allí sólo lo necesario.

En el Territorio Mapuche en Chile y en comunas seleccionadas las principales causas de muerte para los años 2001 y 2002 fueron las Enfermedades Circulatorias y los Tumores, los cuales fueron explicados por la población mapuche como de etiología producida por transgresiones al medio ambiente, producidas por la invasión forestal realizada por particulares y transnacionales con apoyo estatal y que han cercado comunidades originarias y contaminado sus suelos y aguas.

"Esos químicos que se tiran de los avión es el *infitún (mal)* de los wingkas"

" Hoy día está todo contaminado, el aire, las aguas, las plantas, animales, y en los alimentos como hortalizas, ahí van esos gérmenes, muchas químicas"

" Nosotros allá hicimos un estudio acerca del medio ambiente. La *Machi (Shaman Mapuche)* dijo que ya no había más remedio, no hay más *lawen*, no sólo las personas están enfermas, sino que la tierra esta enferma."

*Testimonios recogidos entre comuneros Mapuche de la Región de la Araucanía en Chile.*

Sin embargo, nuevamente han sido los propios pueblos originarios quienes se han organizado y establecido alianzas para luchar contra estas empresas forestales como también en contra de megaproyectos que curiosamente intentan generar puentes entre territorios originarios donde aún se conservan recursos naturales, tentación de muchos.

Recientemente en Chile se han unido Organizaciones Originarias y personas no originarias solidarias para crear el Mapa Nacional de la Injusticia Ambiental, ser solidarios con las personas que se vean afectadas por estos proyectos y para que el Gobierno asuma su responsabilidad frente a estos hechos.

Por otra parte, en la Isla Grande de Chiloé, los impactos ambientales producidos por la explosiva industria del "oro naranjo" (cultivos de salmónes) han sido preocupantes. En las dos últimas décadas esta industria ha aumentado su producción anual de 120 toneladas a una proyección de 500 mil para el 2010, con ganancias por concepto de exportaciones de 3 mil millones de pesos anuales. En estas industrias se estima que en el año 2003 trabajaban cerca de 45 mil personas, donde alrededor del 70% eran mujeres.

La llegada de estas salmoneras ha tenido importantes repercusiones en la cultura local de la Isla como en la contaminación ambiental y en el desequilibrio de las personas y familias debido a factores agresores laborales, sindicales y de estilos de vida que están cambiando la epidemiología sociocultural local en forma rápida y peligrosa.

Es necesario por lo tanto generar investigación crítica en el tema del medioambiente a partir de una mirada sociocultural que proteja nuestra armonía presente y futura.

### ***¿Y TODO ESTE ENFOQUE PARA QUÉ?***

Creemos que los procesos de Reforma Sanitaria presentes en el continente, y especialmente en Chile; la educación de pre y post grado en salud y el modelo de salud público actual, en general no dan respuestas adecuadas a las necesidades de las personas ni toman suficientemente en cuenta sus potencialidades y la sinergia que entre ambos actores se puede producir.

Se siguen pensando hegemónica y centralizadamente las políticas de salud y se actúa con una mirada vertical, subordinadora e ignorante de las particularidades culturales y locales.

A pesar de ello, las comunidades -y también algunos agentes de salud, en especial quienes están más cercanos a la comunidad- se las han arreglado y han desarrollado estrategias que obvian, que utilizan, que acomodan o que incorporan los elementos que les ofrece el sistema de salud occidental y además potencian el sistema originario propio.

Sin embargo, entre estas realidades existe una población beneficiaria del sistema público, que probablemente es la mayoría, que no sabe exactamente que hacer, dónde recurrir ni en quién confiar, ya que ha perdido su identidad y por lo tanto la capacidad de tomar decisiones propias.

Nuestro objetivo con este documento es abrir la reflexión y el debate a partir de la entrega de algunos elementos que hemos aprehendido en nuestro trabajo cotidiano y que puedan aportar al trabajo de salud en lo local...

## **ALGUNOS EJEMPLOS ACTUALES DE MODELOS DE ATENCIÓN CONTEXTUALIZADA.**

Cuando hablamos de modelos de salud contextualizada, nos referimos a aquellas prácticas que a través de la adecuación de los servicios y del fortalecimiento de la colectividad social, van implementándose en los territorios y contribuyen al equilibrio de las personas por haber surgido de la propia iniciativa colectiva, o porque viniendo desde el sistema de salud, considerara a las personas en forma integral y con respecto a sus propias concepciones de salud y enfermedad.

Actualmente, nos encontramos participando en Chiloé de algunas experiencias que surgen desde el propio Servicio de Salud, a través del Departamento de Salud Provincial de Chiloé, de experiencias que surgen de algunos equipos de salud y de experiencias que surgen desde la propia comunidad.

### **1. Desde el Departamento de Salud Provincial de Chiloé**

- Implementación progresiva del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario propiciado por las Orientaciones Programáticas del Ministerio de Salud de Chile y adaptado por nuestro equipo a la realidad sociocultural de Chiloé.
- Bajo el marco de este Modelo se están desarrollando actividades en diferentes espacios (centros de salud, equipos de salud rurales y en

comunidad) desarrollando las distintas áreas propuestas desde la Salud Colectiva.

- Capacitación a Técnicos Paramédicos Rurales (TPM) que trabajan en Postas de Salud Rural de cuatro comunas de la Provincia de Chiloé., a través de un Curso de Capacitación Continua que privilegia el trabajo colectivo con la comunidad y sus Terapeutas Originarios.
- Apoyo al Plan de salud comunal mediante un Enfoque Epidemiológico que tome en cuenta la participación social con sus conocimientos y prácticas. Lo cual apunta a una planificación local para la gestión de la salud colectiva.
- Capacitación a Equipos de Salud de las 10 comunas de la Provincia de Chiloé en Epidemiología y Gestión Local de salud con enfoque pertinente.
- Atención de salud en espacios urbanos y rurales junto con terapeuta comunitaria. Trabajo que ha comenzado a impactar en los modelos de abordaje selectivo que tienen algunas especialidades biomédicas.

## 2. Desde la Comunidad

- Sistema de Salud Williche de Koñimo donde se realizan actividades de Salud Colectiva con Enfoque Complementario donde participan médico, lawentuchefe (persona especialista en tratamiento de dolencias propias de la cultura y que hace uso preferentemente de yerbas medicinales y sus contextos), participación de Asesores comunitarios y una profesora que realiza Reiki. El Sistema prioriza actividades tendiente al fortalecimiento de la cultura williche a través de un modelo de atención complementario para personas williche y no williche, participativo en su gestión y con actividades en las escuelas del sector. Actualmente ellos también han establecido Convenios de Cooperación con el Departamento Provincial de Salud, con la Municipalidad de Ancud y con otros Servicios de Salud del País para la recepción de "pasantes", personas de los equipos de salud y de las comunidades que se capacitan en el sistema durante una semana en base a un programa creado por la propia comunidad williche.
- Grupo de Mujeres que residen en una población de la ciudad de Castro (capital Provincial) y que se organizan autónomamente para la Violencia Intrafamiliar como principal tema. Desde allí con el apoyo y asesoría de otras personas han derivado a constituirse en un grupo comunitario con fuerza para opinar y participar en la gestión del desarrollo de su espacio poblacional.

- Rayen Küyen. Grupo de mujeres Williche (preferentemente rurales) de distintas edades que han desarrollado actividades e investigaciones que han fortalecido la cultura Williche de la Isla. Acaban de lanzar su primer libro: "Nosotras: Las mujeres williche de Chiloe"
- Universidad Arcis Patagonia en la carrera de Agronomía ha incluido en su curricula para alumnos de cuarto año, llamado Ecología de la Salud. En este curso se basa sobre el Modelo de Salud Colectiva propuesto y tiende a que los alumnos aprendan ( a través de clases teoricas y trabajos prácticos) que el equilibrio y desequilibrio de la persona, familia y comunidad esta determinado por sus modelos de producción y de consumo, contextualizados por los procesos socioculturales.
- Comisión Ministerial para el Reconocimiento de los Sistemas Médicos Originarios en Chile. En esta comisión participamos aportando la experiencia de terreno para la buena toma de decisiones en un tema tan delicado.

### 3. Desde el Sistema de Salud Municipal

- En la Posta de Salud Municipal de Kompu, comuna de Quellon la TPM junto con un grupo de mujeres y a partir de un visión epidemiológica, han desarrollado un Modelo de Atención Complementario en terapias (medicamentos, yerbas medicinales, reiki, yoga) como en trabajo con la comunidad (talleres de manualidades, formación de monitores en salud).

#### **Debilidades / Obstáculos:**

- Acciones e innovaciones dependen de las personas (motores), al igual que el fracaso de la mismas (ansias de poder, traslado, etc.)
- Demasiada presión del sistema para cumplir metas cuantitativas impide o dificulta el trabajo cualitativo y pertinente
- Política de salud biomédica y asistencial. El propio sistema no valora acciones de promoción, participación, educación, investigación (no da tiempo, no aporta mayores recursos financieros, tiene propuestas teóricas que no se condicen con la realidad, recién incorpora cientistas sociales)
- Formación universitaria de los profesionales de salud no considera la comprensión de otras culturas y sistemas médicos; los médicos salen formados para el paternalismo y la asistencialidad.

- Desvalorización del rol del TPM y del conocimiento de la comunidad;
- Excesiva especialización de los profesionales de salud (parcelación progresiva de la realidad)
- Pérdida del espacio local como lugar de generación de conocimiento (epidemiológico y sociocultural)
- Excesiva dependencia y medicalización de la comunidad; poco interés en participar.
- Modelos de participación no pertinentes por parte del sistema de salud occidental

### **Lo bueno...**

- Existe consenso generalizado de la existencia de una crisis del sistema y necesidad de cambio.
- Trabajo se está realizando con la base y se apoyan estrategias desde la base.
- Trabajo en islas y territorios acotados
- Presencia de una matriz cultura local (chilota-williche)
- Existencia de un Modelo de Trabajo complementario (médico-antropóloga) que ha desarrollado una Antropología de la Salud basada en la experiencia emergente.

### **Logros:**

- Capacitación a TPM que los ha vinculado con sus comunidades, les permite una visión más amplia y crítica del sistema; los vincula con el sistema médico comunitario.
- Trabajo con otras experiencias de salud tanto del sistema como de la comunidad

### **Desafíos:**

- Desarrollar un sitio centinela
- Cambio de modelo a nivel local
- Fortalecimiento de la colectividad local para la salud.
- Convencer a los pares (médicos) y autoridades de salud