



Principios Constitucionales para una Nueva Salud

Unen Norrzugnu fey iñ We filke Kume Mongen mew

**Sistematización de la VII Escuela
Abierta de Salud Pública para
Dirigentes Sociales.**

Compiladora: **Marcela Castro Garrido**

Principios Constitucionales para una Nueva Salud

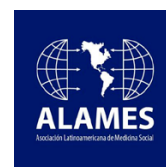
Unen Norrzugnu fey iñ We filke Kume Mongen mew

**Sistematización de la VII Escuela
Abierta de Salud Pública para
Dirigentes Sociales.**

ISBN: 978-956-402-920-7



Organizado y patrocinado por:



Principios Constitucionales para una Nueva Salud

Unen Norrzugnu fey iñ We
filke Kume Mongen mew

Sistematización de la VII Escuela Abierta de
Salud Pública para Dirigentes Sociales.

COMPILADORA:

MARCELA CASTRO GARRIDO

COLABORADORES:

ANA MARÍA ALARCÓN MUÑOZ,
GONZALO INFANTE GRANDÓN,
BÁRBARA GALDAMES PALMA,
NOELIA GARRIDO RIQUELME,
RICARDO LÜER ÁGUILA,
NELSON REYES SANZANA

ESPECIAL

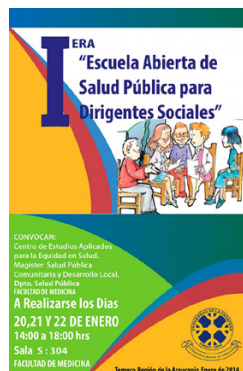
AGRADECIMIENTO:

MACHI JORGE QUILAQUEO

DISEÑO Y EDICIÓN:

CHRISTIAN OLGUIN ARANEDA

**Impresión financiada por el proyecto EXT20-0021,
Dirección de Vinculación con el Medio de la Vicerrectoría
Académica y Departamento de Salud Pública de la
Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.**



2014. I Escuela abierta de Salud Pública para Dirigentes Sociales



2015. II Escuela abierta de Salud Pública para Dirigentes Sociales



2016. III Escuela abierta de Salud Pública para Dirigentes Sociales



2017. I Encuentro Intercultural de Movimientos y Dirigentes en Salud, de Chile y el Wallmapu. IV Escuela Abierta de Salud Pública para Dirigentes Sociales.



2018. V Escuela abierta de Salud Pública para Dirigentes Sociales. Mujeres, Territorios y Saberes



2019. II Encuentro Intercultural de Movimientos y Dirigentes en Salud, de Chile y el Wallmapu. VI Escuela abierta de Salud Pública para Dirigentes Sociales.

CONTENIDOS

10

Introducción

14

Presentación

16

¿Qué propósitos nos propusimos en la VII Escuela?

19

¿Por qué creemos necesario aprender y generar insumos pedagógicos?

23

¿Qué podemos aprender de la salud en la Constitución de otros países?

28

¿Cómo organizamos los espacios de exposición y conversación?

30

Presentaciones de la VII Escuela

32

Propuesta para construir un nuevo sistema de salud para Chile

Matías Goyenechea

36

Por una nueva salud, para una nueva sociedad

Francisco Troncoso

38

Sistema Nacional de Salud (SNS) o Sistema Universal de Salud (SUS)

Camilo Bass del Campo

45

Propuesta de ley sobre salvaguarda y reconocimiento de los Sistemas de Salud de los Pueblos Indígenas

Alfonso Raiman

53

Conversamos y acordamos colectivamente

55

¿Quiénes asistieron?

56

¿Cuáles fueron nuestras principales dificultades?

58

¿Qué logramos hacer brotar?

60

Eje Modelo de atención en salud

64

Eje Salud y trabajadores/trabajadoras

68

Eje Financiamiento del sistema sanitario

73

Eje Participación y poder popular en salud

77

¿Qué necesidades surgieron y surgen en la actualidad?

80

Acuerdos de lucha, más que conclusiones

84

Anexos.

INTRODUCCIÓN

“Parte de las causas del actual escenario pandémico surgen a partir de las transformaciones realizadas desde la década del 80, en Dictadura cívico militar. Se promovió la existencia de aseguradoras privadas con amplio margen de Lucro en abierta des-regulación. Se fragmentó al poderoso Sistema Nacional de Salud chileno en múltiples instituciones y servicios locales de salud, además de la municipalización y privatización parcial de la atención primaria y preventiva.

Y así es como, la humanidad contagiada por el virus COVID 19, ha encontrado en Chile, como en otros países a un Sistema de Salud desintegrado y dependiente de monopolios multinacionales, en el que predomina la lógica subsidiaria, la transferencia de recursos a privados con el consecuente endeudamiento y desfinanciamiento de los centros de salud”.

INFORME SOBRE SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS
EN CHILE EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19”

Movimiento Salud Para Todas y Todos Araucanía-
Red de Defensa de los Territorios.

El año 2014 en el marco de la III Escuela Internacional de Verano de Salud Pública (Satélite de la XVI Escuela Internacional de Verano de la Universidad de Chile), organizada por el Departamento de Salud Pública y el Centro de Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud basada en Evidencias (CIGES) de la Universidad de La Frontera

(desde ahora UFRO) de Temuco, Chile surge la necesidad por parte de algunos/as docentes de abrir la Universidad a la ciudadanía local, a los/las dirigentes sociales en salud, al pueblo que quiere organizarse, aprender y proponer. Aquella iniciativa buscaba: generar espacios de participación social; empoderar a las organizaciones locales y profundizar redes de colaboración en

"Cada uno y una de los y las participantes mencionó la necesidad de cambiar los contenidos asociados a salud en la Constitución redactada en 1980"

la región de La Araucanía.

Así se creó la primera Escuela, propuesta que fue un éxito en participación y que continuó en sus sucesivas versiones sumando cada vez más organizaciones relativas a la salud, como la Red de Defensa de los Territorios (RDT), Movimiento Salud para todos y todas, Red de Acción por los Derechos Ambientales (RADA), Asociación Mapuche por la Defensa del Ruka Manke, Escuela Lawen, Federación Regional de Funcionarios de Salud Municipalizada de La Araucanía (FERFUSAM IX) y el Centro de Estudiantes de la Salud

UFRO. Además de la constante participación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES).

Las Escuelas han sido temáticas respondiendo siempre a las diversas problemáticas sociales relacionadas con la Determinación Social de la Salud, buscando relevar una mirada colectiva de la salud y de los diversos Sistemas Médicos que co-existen en el territorio y país.

Actualmente nos encontramos siendo parte de un proceso Constituyente producto de las movilizaciones sociales y demandas de los pueblos indígenas de las últimas décadas. Y desde la Escuela Abierta de Salud Pública para Dirigentes Sociales pensamos en la necesidad de avanzar hacia un cambio integral de la actual Constitución de Chile, principalmente en asuntos de salud que nos conciernen, proponiendo la sistematización de los hallazgos de la Escuela realizada los días 16 y 17 de enero del año 2020 en la ciudad de Temuco como insumos que permitan abrir la discusión sobre los principios que debiera considerar e incluir una nueva Constitución en

temas de salud.

Cada uno y una de los y las participantes mencionó la necesidad de cambiar los contenidos asociados a salud en la Constitución redactada en 1980 en el contexto de una Dictadura Militar. Lo anterior, quedó refrendado en el Plebiscito llevado a cabo el 25 de octubre 2020, que logró una

histórica participación ciudadana a nivel nacional, dejando en evidencia la voz de los pueblos, quienes con un 78,28 % dijeron APRUEBO una nueva carta magna para el país.



Imagen superior

Asistentes a la VII Escuela abierta de Salud Pública para dirigentes sociales. Inscripción y socialización.

PRESENTACIÓN

"Los diálogos desarrollados en la VII Escuela y presentados a continuación, permiten identificar y analizar las discusiones que la sociedad civil y organizaciones sociales en salud exteriorizan al momento de hablar de salud"

Las conclusiones exhibidas en este libro, son parte de la sistematización de las presentaciones y discusiones colectivas de la séptima versión de la Escuela denominada "Principios Constitucionales para una Nueva Salud"/"Unen Norrzugnu fey iñ We filke Kume Mongen mew" (mapudungun) organizada por el Departamento de Salud Pública de la UFRO, Red de Defensa de los Territorios, Araucanía (RDT), Movimiento Salud Para Todos/as, Araucanía, Federación Regional Funcionarios Salud Municipalizada (FERFUSAM IX), Centro de Estudiantes de la Salud, UFRO y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES).

La Escuela tuvo como objetivo potenciar las discusiones locales y plurinacionales respecto a los fundamentos y principios constitucionales para una salud pública, digna, de calidad, pertinente y con énfasis en la Atención Primaria y

el material sistematizado, pretende ser un documento de estudio a nivel local y plurinacional que permita potenciar las discusiones sobre los principios y valores que debe considerar la nueva Constitución y la propuesta de un nuevo sistema de salud en Chile.

El libro está organizado en función de las preguntas que como organización nos fuimos planteando a medida que pensábamos su séptima versión: incorporando insumos en salud de Constituciones de otros países Latinoamericanos con características similares; explicando las exposiciones de personas que han trabajado con sus organizaciones y comunidades en propuestas de sistemas y modelos en salud (Propuesta para construir un nuevo sistema de salud para Chile; Por una nueva salud, para una nueva sociedad; Sistema Nacional de Salud (SNS) o Sistema Universal de Salud (SUS); y Propuesta de ley sobre salvaguarda y reconocimiento de los Sistemas

de Salud de los Pueblos Indígenas); y las conclusiones del trabajo colectivo sobre los Derechos que debieran estar consagrados en una nueva Constitución como obligaciones del Estado en consideración de los cuatro ejes de discusión: Modelo de atención en salud, Salud y trabajadores/trabajadoras, Financiamiento del Sistema Sanitario y Participación y Poder Popular en Salud.

Los diálogos desarrollados en la VII Escuela y presentados a continuación, permiten identificar y analizar las discusiones que la sociedad civil y organizaciones sociales en salud exteriorizan al momento de hablar de salud, y la responsabilidad que tenemos las instituciones públicas en generar espacios abiertos a la ciudadanía de conversación y ser un puente pedagógico que propicie los diálogos colectivos, plurales y descentralizados, en beneficio y bienestar de nuestros/as estudiantes y la salud de los pueblos que co-existen en Chile.

¿QUÉ PROPÓSITOS NOS PROPUSIMOS EN LA VII ESCUELA?

En esta séptima versión constatamos cómo se han ido incorporando otros elementos temáticos al concepto de salud, los cuales permiten problematizar la mirada hegemónica de la Biomedicina; el rol que cumplen las y los trabajadores de la salud y las comunidades en sus formas de participación en la gestión sanitaria; la epistemología de los pueblos originarios respecto al proceso salud-enfermedad-atención; la incidencia de la naturaleza en la salud de las personas; las condiciones de género que determinan brechas en los sistemas de salud; el impacto sanitario del modelo extractivista y las diferentes iniciativas locales que se han creado. Todas estas problemáticas han sido definidas y puestas en discusión como parte de procesos sociales de cambio que deben ir en una discusión

constitucional

El camino recorrido por nuestras Escuelas Abiertas de Salud Pública para Dirigentes Sociales, nos permiten pensar en un nuevo paradigma en salud, que considera las múltiples miradas respecto a la medicina y releva la participación de la comunidad y trabajadores en la formulación de políticas en salud.

De ese modo, la séptima Escuela se proyectó como un espacio que floreció, potenció y proyectó reflexiones locales y plurinacionales en temas Constitucionales. Y nos permite soñar y plasmar ideas colectivas sobre los principios fundamentales que debieran considerar y garantizarse una nueva Constitución, la que posibilite la construcción de un nuevo modelo de salud y profundice los espacios comunitarios de poder popular.



Imagen superior
Asistentes a la VII Escuela abierta de Salud Pública para dirigentes sociales.

IMAGEN INFERIOR

Asistentes a las cátedras de la VII Escuela Abierta para Dirigentes Sociales en Salud.



PROPÓSITOS GENERALES DE LA VII ESCUELA

- Potenciar las discusiones locales y plurinacionales respecto a los fundamentos y principios constitucionales para una salud pública, digna, de calidad, pertinente y con énfasis en la Atención Primaria.

PROPÓSITOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer las competencias legislativas y técnicas de los/las dirigentes en salud, con el objetivo de participar en el proceso constituyente.
- Generar insumos audiovisuales y técnicos que permitan potenciar las discusiones sobre un nuevo sistema de salud.

PRODUCTOS QUE NOS COMPROMETIMOS A CREAR

- Formación de monitores que puedan participar como sociedad civil en el proceso constituyente.
- Edición y distribución de un material audiovisual que resuma los ejes de trabajo grupal respecto a un nuevo sistema de salud.

¿POR QUÉ CREEMOS NECESARIO APRENDER Y GENERAR INSUMOS PEDAGÓGICOS?

En Chile, el derecho a la salud se ha posicionado en las últimas décadas como un tema de constante preocupación por la ciudadanía a raíz de los crecientes problemas de salud y la desprotección que presentan los/las enfermos/as y sus familiares. Y sobre todo en la actualidad, cuando a nivel mundial nos enfrentamos a una pandemia por COVID-19 y que ha dejado al descubierto las debilidades del sistema público y la mirada de la salud que reproduce.

Cuando se habla de salud, las discusiones principalmente se asientan en las obligaciones que tiene el Estado, las garantías y acceso a prestaciones en atenciones Biomédicas y las expectativas que presenta la población por tener la posibilidad de seguir viviendo, a pesar de presentar un problema de salud.

La Constitución del 1980 se refiere a la salud en el artículo 9 n° 19 "El derecho a la protección de la salud." Agregando que "El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la

IMAGEN SUPERIOR

Afiche de convocatoria a la Escuela

IMAGEN INFERIOR

Primera exposición de la VII Escuela



IMAGEN (IZQUIERDA)
Asistentes a la Escuela.



coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.” Y “Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.”

Lo anterior se refiere a que la actual Constitución promueve y protege la “libertad de elección” de cada persona a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado. Es decir, la salud es transformada en un bien de consumo y la ciudadanía debe decidir por ser usuario/a del Fondo Nacional de Salud (FONASA), Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), Seguros privados de Salud o no tener ninguno.

Promoviendo un principio de subsidiariedad del Estado, ya que éste solo debe garantizar las condiciones – o “coordinar” -para que las personas puedan elegir según lo que ofrezca el mercado, recalcando su carácter “individual” y a costa de “cotizaciones”, no asegurando la salud como un derecho social o colectivo.

A diferencia de lo estipulado en los años 80, y en un contexto social, político y cultural diferente, hoy en día las demandas de la población se plasman en reconocer que la salud no se relaciona con la presencia o ausencia de una enfermedad, tampoco con un tema exclusivamente biológico, ni individual. Las peticiones son más ambiciosas y se enfocan a una mirada integral, con solicitudes asociadas

al reconocimiento de los sistemas de salud indígenas, prácticas comunitarias y la determinación social, además de trasladar al Estado desde la subsidiaridad a un rol principal como Estado salubrista que se hace cargo de la salud de los y las habitantes del territorio.

En consecuencia, como coordinación de las Escuelas creemos necesario dar aquellas discusiones, potenciar los espacios y socializar los hallazgos en búsqueda de consagrar con rango constitucional una salud digna, de calidad, con pertinencia cultural, para todas y todos sin discriminación económica, política, etaria, cultural o religiosa.

Año a año, la asistencia a las diferentes Escuelas Abiertas de Salud Pública para Dirigentes Sociales cuenta con distintas ponencias y presentaciones, acompañadas de espacios para el diálogo y la reflexión transversal.



**¿QUÉ PODEMOS
APRENDER DE
LA SALUD EN LA
CONSTITUCIÓN DE
OTROS PAÍSES?**

"...NOS ENCONTRAMOS
CON CONSTITUCIONES
DONDE SE RECONOCE
EXPLÍCITAMENTE COMO
UN DERECHO SOCIAL..."

La situación constitucional del derecho a la salud varía su configuración de acuerdo a lo establecido en el cuerpo jurídico de cada país. Así nos encontramos con constituciones donde se reconoce explícitamente como un derecho social, tal como en la constitución de Brasil (art. 6, 1988) que garantiza políticas públicas, acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación, a través de un sistema único de salud (art. 198), descentralizado, integral y con participación de la comunidad como agentes de salud comunitarios. Y otras que incluyen los sistemas médicos indígenas y promulgan hasta su protección como patrimonio.

En Perú, el artículo 7 estipula que: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad." Agregando en otro artículo

que el poder Ejecutivo debe normar y supervisar la aplicación de los principios consagrados, conduciéndola de forma plural y descentralizadora, a modo de facilitar a sus ciudadanos/as un acceso equitativo a los servicios de salud.

En Ecuador, la salud aparece como un derecho que debe garantizar el Estado al igual que el "(...) derecho al agua, la alimentación, educación, cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva." Agregando como valores primordiales "la equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional." (art.32)

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso y la inclusión a la salud de todas las personas, sin

exclusión ni ningún tipo de discriminación, consagrando la idea de un Sistema Único de Salud de carácter “(...) universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. (art. 18) Y consagra que los pueblos indígenas originarios tienen derecho al sistema de salud universal y gratuito, el que debe respetar su cosmovisión y sus prácticas tradicionales. E incluye en su artículo 35 “(...) a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.” Agregando en el inciso 42 que “I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección

de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.”

Por otro lado, en Venezuela, se plantea que la salud es un derecho social fundamental asociado al derecho a la vida y estipula en el artículo 122 que “Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considera sus prácticas y culturas.” Reconociendo constitucionalmente los sistemas médicos tradicionales y la existencia de terapias complementarias. Y que el Estado creará un sistema público nacional de “carácter intersectorial, descentralizado y participativo” cuyos valores sea la gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Otorgando a la ciudadanía un rol fundamental participando en las decisiones sobre la “planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.” (artículo 84)

Respecto de Argentina (art. 42, 1994) y Colombia (art. 78, 1991), se especifican las garantías del

derecho a la protección de la salud de las y los consumidores y usuarios de bienes y servicios. México (art. 123, 1917) y Brasil (art. 7, 1988), protegen el derecho a la salud de los trabajadores. En Paraguay se

especifica el derecho a la tercera edad (art. 57, 1992), a la salud reproductiva y a la salud materno infantil (art. 51), y en Colombia a los trabajadores agrícolas (art. 64, 1991).



Imagen superior

Primer panel de expositores sobre las "Propuestas para un nuevo modelo de Salud"

¿CÓMO ORGANIZAMOS LOS ESPACIOS DE EXPOSICIÓN Y CONVERSACIÓN?

Comenzamos la primera jornada en compañía del machi Jorge Quilaqueo, autoridad curativa y espiritual mapuche quien realizó un Llellipun (ceremonia) dando inicio a la Escuela. También tuvimos la oportunidad que él nos acompañará durante cada una de las conversaciones, aportante desde su conocimiento en salud y sabiduría como agente curativo a las discusiones colectivas.

Escuchamos experiencias y discusiones plurinacionales

Durante la mañana del primer y segundo día de trabajo (jueves y viernes) se desarrollaron exposiciones orales con una duración de 15 a 30 minutos. Los debates estuvieron principalmente enfocados en escuchar los contenidos de otras Constituciones de América Latina en temas de salud, y conocer las propuestas que existen a nivel plurinacional, respecto a los elementos que debieran considerarse.



IMAGEN

Mesa temática de trabajo, primer día de la VII Escuela Abierta de Salud Pública para dirigentes sociales.

PRESENTACIONES DE LA VII ESCUELA

PROPUESTA PARA CONSTRUIR UN NUEVO SISTEMA DE SALUD PARA CHILE

MATÍAS GOYENECHEA,

Docente Facultad de Medicina Universidad de Chile-
Fundación Creando salud



Considera que el derecho a la salud debe incluir:

- Un nuevo concepto de Salud, donde los aspectos no curativos deben estar integrados en el derecho a la salud, con especial énfasis en la **prevención, la promoción de la salud y participación comunitaria**. Es decir, comprender la salud integralmente, más allá de la enfermedad y referida al bienestar pleno de la población. El Estado debe velar por la equidad en los estados de salud de los distintos grupos de la población.

- Lucro: El **lucro no es compatible** con los principios y el derecho a la salud señalado, mas bien puede ser un impedimento para la consecución del acceso y la cobertura universales de salud. Consideramos que el lucro produce inducción de demanda y selección de prestaciones no sanitariamente eficientes, debe ser prohibido el lucro en prestaciones de salud con fondos públicos y de la seguridad social.

- Se debe considerar un enfoque de salud que incluye

perspectivas de género y diversidad sexual.

- Pueblos originarios. Hay que **incluir diversas comprensiones y cosmovisión de la salud de los pueblos originarios** y abrir espacios a la salud desde esas perspectivas legitimadas. La institucionalidad actual es insuficiente, manteniendo el ejercicio paternalista de la medicina tradicional sobre la medicina de pueblos originarios. En un nuevo Estado plurinacional el reconocimiento debe contemplar los conocimientos en salud.

Sobre el financiamiento:

A través de **modelo de Seguro Nacional de Salud**: Es decir que exista una sola institución, de carácter público, que sea el único responsable de la administración de las contribuciones de la seguridad social. Se reúnen en el **Fondo Universal de Salud (FUS)** todos los aportes públicos mediante impuestos generales y cotizaciones obligatorias al interior del fondo. Se eliminan de esta forma a las Isapres y se recupera para el fondo público el 7% obligatorio del cual las ISAPRE han venido usufructuando. Podrán

existir seguros complementarios voluntarios regulados y con un rol acotado.

El FUS por ley debe financiar, utilizar y fortalecer la Red Pública de prestadores de salud propendiendo a una red integrada de salud basada en Atención Primaria de Salud (APS), en caso de que la red no cuente con capacidad propia, se podrá incluir en la red prestadores privados sin fines de lucro a través de los DFL 36. El sistema de salud paralelo que tienen las Fuerzas Armadas (FFAA), así como lo relacionado con la Salud ocupacional (mutuales) debe ser incorporado al FUS. Estos cambios deben guardar coherencia con la perspectiva de avanzar posteriormente hacia un sistema universal de salud, en la medida de que se vaya cambiando la estructura tributaria del país hacia una progresiva, se podrá ir eliminando las contribuciones obligatorias.

Atención primaria universal y Per cápita: Dada importancia de la APS como base de la red pública de salud, esta debe ser universal y de inscripción automática de acuerdo con domicilio y lugar de trabajo.

Gasto público eficiente y

control democrático, a través del incremento al 6% del Producto Interno Bruto (PIB) como piso para el gasto público de Salud para cese del déficit estructural y seguir las recomendaciones internacionales. En salud debe primar como principio la gratuidad, en tanto posibilidad de acceso a la atención de salud independiente de la capacidad de pago. Aumentar los recursos a un 6% del PIB nos permitirá que disminuya el gasto de bolsillo de la población y la ocurrencia de gastos catastróficos.

Políticas públicas de salud con enfoque de derecho:

- Plan Nacional de Reducción de Tiempos de Espera basado en el fortalecimiento efectivo de las capacidades instaladas de la red pública.

- Medicamentos accesibles para la población

- Autoridad Sanitaria: Aspiramos al permanente Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria. De igual manera se deben mantener y fortalecer las potestades de la Subsecretaría de Salud Pública tendientes a impedir o mitigar la presencia de enfermedades

que se puedan prevenir. Aumentar la capacidad de fiscalización, de tribunal sanitario y las atribuciones que posee la autoridad sanitaria.

- Salud en todas las políticas: Esto implica partir por que la Subsecretaría de Salud asuma un rol de efectuar una evaluación sanitaria de las diversas políticas públicas a nivel nacional. Así como las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) deben hacerlo a nivel regionales y territorial, incluyendo el impacto de proyectos de diversa naturaleza.

- Mantener el Seguro de Incapacidad Laboral (SIL) dentro de la cobertura de salud financiado con los recursos del Fondo.

- Sistema de Planificación de Recursos Humanos de salud (RHS), planificando y definiendo los perfiles de los/las trabajadores/as que requiere la Red según macrozonas, el cual debe ser vinculante respecto de las Universidades que sean financiadas por el Estado y que accedan a gratuidad y hagan uso de los campus clínicos de la red pública.

- Planificación de la Infraestructura sanitaria, rechazando la aplicación de la modalidad

de concesiones en infraestructura en salud. Para estos efectos se propone generar o fundar una Agencia Pública de Inversión en Salud. Esta institución deberá tener a su cargo la planificación de inversión en salud, generando planes de inversiones adecuados a la realidad territorial del país.

- Participación y vinculación de la comunidad, impulsando instancias de trabajo intersectorial permanente, con participación de especialistas y de representantes de la comunidad con vinculación efectiva, para construir e implementar efectivos mecanismos comprometidos con la promoción de la salud, prevención, tratamiento precoz, efectivo y resolutivo, rehabilitación, integración socio comunitaria y rehabilitación.

- Fortalecimiento de política sanitaria: Salud Sexual y Salud Reproductiva, Salud del Niño/ Niña y el adolescente, Salud mental, Salud Odontológica, Sistema Nacional de Cuidados en el hogar, Salud del Adulto Mayor.

POR UNA NUEVA SALUD, PARA UNA NUEVA SOCIEDAD

FRANCISCO TRONCOSO,

Movimiento de Salud para todos y todas, MSPT



Esta propuesta considera el restablecimiento de un sistema de salud de carácter único, público y con financiamiento vía impuestos generales.

Sobre el Financiamiento/ Aseguramiento:

El aseguramiento buscará solamente reconocer a los afiliados,

debido a que los recursos financieros para costear al nuevo sistema de salud deberán venir desde la recaudación de los impuestos generales y no, a través de las cotizaciones individuales de los asegurados. Horizonte: eliminación de las ISAPRES.

Generación de Recursos:

-Humanos: Mejora de las condiciones laborales de los trabajadores de Salud; Contratos donde se releve la condición de trabajador del sector; Eliminar las diferencias salariales entre las categorías profesionales técnicas, administrativas, y de soporte del sistema de salud.

-Infraestructura: Asociaciones público – privadas; Detener la construcción de hospitales por vía concesionada; Establecer plazos para poner fin a las licitaciones de hospitales públicos; Organismo constructor de hospitales públicos que dependa del Ministerio de Obras Públicas (MOP)

Prestación de Servicios:

-Prestadores: Un sistema único de salud, de carácter público también a nivel de prestadores. Se deberán materializar todas las acciones necesarias para ingresar a la red pública a los prestadores privados que actualmente entregan servicios de salud, en el marco de la necesidad actual del subsector público de mayor infraestructura.

-Modelo de Atención: Enfoque familiar con énfasis en lo

comunitario. Desarrollo del modelo de atención en el resto de la red que permita mayores niveles de integración.

Hacia Un Sistema de Salud

Feminista: Rol de la salud en la producción y reproducción de la vida. Visibilizar posición que hoy ocupan las mujeres al interior del sistema sanitario, como usuarias, trabajadoras y gestoras del sistema. Como sociedad, debemos asumir las labores de cuidado que históricamente han asumido las mujeres, en el marco de la opresión de género.

Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR): El patriarcado y la heteronorma generan desigualdades y discriminación que se asientan principalmente en el control del cuerpo. DDSSRR entendidos como derechos humanos

Sistema Plurinacional de Cuidados: integrado al Sistema de Salud, que con financiamiento estatal genere servicios que provean cuidados a las personas que no sean autovalentes en las actividades de la vida diaria

SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) O SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD (SUS)

CAMILO BASS DEL CAMPO,

Red de Sistemas y Políticas de Salud
Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES Chile

Elaborado desde "CHILE: Por qué no es lo mismo un Servicio Nacional de Salud que el Seguro Único"¹



Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el acceso a salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos (1), como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad/beneficencia. Su objetivo primordial era dar protección solidaria ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema

¹ Elaborado por Dr. Camilo Bass del Campo y Dr. Mario Parada Lezcano. Miembros de la Red de Sistemas y Políticas de Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES Chile) y del GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO

de protección social fundado sobre el ahorro de sus asociados/as.

Luego, en el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio, por la cual empleadores/as y obreros/as debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó la introducción del Estado en la prestación de atención a los/as trabajadores/as y marca el inicio de una seguridad social en salud (con la autoexclusión de los empleados públicos y particulares).

Posteriormente, en 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación, que mantiene la autoexclusión de empleados y clase acomodada (2).

Como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura cívico-militar, se realizaron reformas neoliberales provocando cambios radicales. Se privatizó la seguridad social en salud por medio de aseguradoras privadas de salud con fines de lucro, denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y también la

seguridad social de pensiones a través de las Asociaciones de Fondos de Pensiones (AFP). Todos estos cambios promovieron un incentivo negativo hacia los sistemas públicos y jibarizaron el Estado (3).

En la actualidad el sistema de salud se encuentra en una grave crisis. Compuesto por varios sistemas fragmentados y segmentados: el sistema público (con su seguro público: Fondo Nacional de Salud y el Sistema de FFAA) y el sistema privado (ISAPRE), lo que produce segmentación de la población en el acceso a salud, consagrando una salud para pobres y enfermos y otra para ricos y sanos (además del Seguro Laboral y la Teletón) (ver tabla). Con un sector público crónicamente desfinanciado, perdiendo capacidades y un aseguramiento privado con discriminación por nivel económico, estado de salud, sexo y edad y otras arbitrariedades, sin solidaridad ni eficiencia. Situación asociada a un elevado gasto directo de las familias (conocido como gasto de bolsillo), que corresponde a lo menos a un 32% del gasto total en salud (la Organización Mundial de Salud propone que el gasto de bolsillo

debiera ser idealmente de un 10%, con un máximo de 15%).

Además, como resultado del último proceso de reforma de salud (año 2005), en que no se producen cambios en la estructura del sistema, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), con un listado actual de 85 enfermedades con acceso a

intervenciones sanitarias específicas y con edades determinadas. Sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia, generación de discriminación (No GES) y desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema prestador privado con fines de lucro.

SISTEMA	ADMINISTRACIÓN/ TIPO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PRESTADORES	CARACTERÍSTICAS GENERALES
SNSS-FONASA	Estatat	Individuos: -Cotizaciones obligatorias -Copagos -Otros gastos de bolsillo	Estado (Modalidad de Atención Institucional - MAI)	Solidario Cobertura 77% Población
	Bismarkiano	Estado: Subsidio a "indigentes" y Bienes Públicos de toda la población (campañas sanitarias, etc.)	Privados con fines de lucro (Modalidad de Libre Elección MLE y compra de servicios)	Sin discriminación Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL
ISAPRE	Privada con fines de lucro. Abiertas y cerradas Liberal	Individuos Cotizaciones obligatorias Prepagos Copagos Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro	No solidario Cobertura 17% Población Discrimina por ingresos, estado de salud, sexo y edad.

				Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS)
FUERZAS ARMADAS	Estatal	Individuos: - Cotizaciones obligatorias (5,5%) - Copagos - Otros gastos de bolsillo Estado como empleador: - 1,5% de la cotización obligatoria - 1% para fondo de medicina preventiva	Estado (red propia)	Solidario Cobertura 3% Sin fiscalización del MINSAL, solo del Ministerio de Defensa
	Bismarkiano			
SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES	Privada Sin fines de lucro: Mutuales	Empleadores Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados Sin fines de lucro (red propia)	Solidario dentro de cada mutual. No existen mecanismos de redistribución inter-mutual, ni con el ISL. Cobertura 70% trabajadores asalariados. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Bismarkiano			
	Estatal: Instituto de Seguridad Laboral ISL	Empleadores Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario. ISL tiene algunos programas a los desprotegidos esto lo realiza en conjunto con MINSAL. Fiscalizadas por SI de Seguridad Social del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Bismarkiano			

	Estatat: Administra- ción delega- da a grandes empresas estatales (ej. CODELCO) Bismarkiano	Empleadores Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario dentro de cada admi- nistración delegada. Fiscalizadas por Superin- tendencia de Seguri- dad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
TELETÓN	Privada sin fines de lucro Liberal	Individuos: a través de caridad (colecta nacional televisada)	Privados sin fines de lucro (red propia)	Solidario Da cobertura al 100% de niños/as con discapacida- des físicas. Sin discrimi- nación. Fiscalizado por Superin- tendencia de Salud (SIS) del MINSAL

Dentro de las propuestas para enfrentar estos graves problemas, se encuentran varias alternativas que abarcan desde continuar con las ISAPRE, contar con un único seguro o avanzar hacia un Sistema Universal de Salud (Servicio Nacional de Salud). Las diferencias entre estas opciones son muy significativas, y aunque

pueden sonar parecido el seguro único con un Servicio Nacional de Salud, se debe tener mucho cuidado en confundirlos.

Básicamente, el seguro único se limita a una reforma económica por medio de la creación de un fondo mancomunado de recursos provenientes de las cotizaciones de las personas, que puede incorporar

impuestos generales. El aseguramiento universal, por tanto, distribuye los riesgos, solidariza el financiamiento y puede reducir la discriminación por riesgos de salud. Sin embargo, el sistema de prestación de servicios puede ser público o privado, con o sin fines de lucro (4).

Son importantes las desventajas que genera contar con un seguro único, ya que se continúa con la lógica de los seguros, manteniendo la mercantilización de la salud y el lucro a partir de recursos públicos. Además, puede debilitar el sistema público de salud, debido a que la compra directa de prestaciones por parte del fondo podría no hacerse con criterios sanitarios, dentro de otras externalidades negativas.

Bastante distante se encuentra el de recuperar el Servicio Nacional de Salud o promover un Sistema Universal de Salud, caracterizado por un financiamiento por impuestos generales. El sistema es universal, constituyéndose un solo financiamiento nacional que distribuye los riesgos, sin discriminaciones por edad, sexo o enfermedades. Que se acompaña de un sistema público robusto (prestadores

privados debieran ser solo complementarios y sin fines de lucro).

Las ventajas de un Servicio Nacional de Salud son muy relevantes: al representar el financiamiento más equitativo posible (en el contexto de un sistema impositivo de tipo progresivo) y, por ende, más justo en sus resultados sanitarios. El financiamiento está más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo. Orientado por los principios de universalidad, integralidad y equidad, asegura el logro de mejorar la salud para todos, con comprensión de un concepto integral de salud-enfermedad-atención-cuidados, dando más factibilidad al fin de la mercantilización de la salud y fin del lucro a partir de recursos públicos.

Existen interesantes experiencias a nivel internacional que han mostrado que se puede transitar con éxito desde esquemas de seguridad social (financiados con contribuciones vinculadas al trabajo) a sistemas financiados por impuesto generales, como en el caso de España. Servicio Nacional de Salud que se generó en el mundo 30 años después de la experiencia chilena

y aún se mantiene, consiguiendo estar dentro de los mejores sistemas de salud a nivel mundial (4).

Otra ventaja en un contexto de Servicio Nacional de Salud, es que la planificación se debiera efectuar de manera más simple y sin influencias del mercado. Un ejemplo sería la posibilidad de disminuir las grandes brechas de recursos humanos, sobretodo de profesionales médicos. De acuerdo al Departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, faltarían 4.900 médicos/as especialistas. En el caso de la atención primaria, el déficit promedio de 4.500 jornadas médicas de 44 hrs., lo que sería factible de implementar con la cantidad actual de profesionales que hay en el país, siguiendo las orientaciones de modelos con atención primaria fuerte, donde un mínimo de 40% de los/as médicos/as del país se desempeñan en el primer nivel de atención.

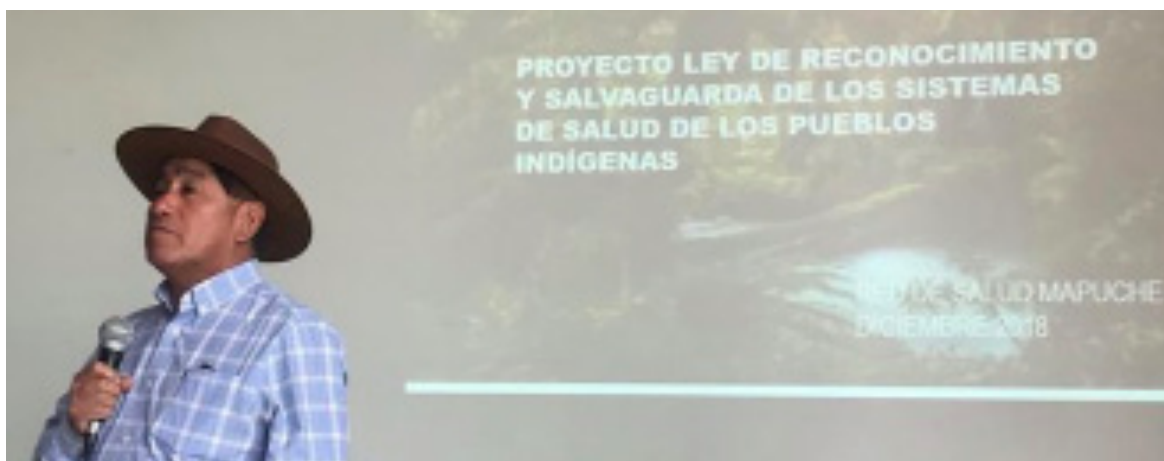
En este contexto, donde durante 45 años la sociedad chilena ha caminado por las veredas del neoliberalismo con desigualdad y exclusión reinante, se hace necesario trabajar la capacidad de alianzas

de los movimientos políticos y sociales, para que lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo Servicio Nacional de Salud de carácter público, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Y de una vez por todas, contemos con la primera Constitución del pueblo para el pueblo chileno, y dejemos de ser un país donde la salud es un bien transable en el mercado, por ende un privilegio y no un derecho.

PROPUESTA DE LEY SOBRE SALVAGUARDA Y RECONOCIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

ALFONSO RAIMAN,

Red de Salud Mapuche



Su objetivo es el Reconocimiento y Salvaguarda de los Sistemas de Salud de los Pueblos Indígenas por parte del

Estado, con el fin de asegurar su preservación, desarrollo y garantizar su integridad, conforme a la identidad cultural de dichos

pueblos. Ello con el fin de mantener el equilibrio físico, mental, espiritual y social del ser humano, prolongar la vida y asegurar la trascendencia, todo lo cual forma parte de su patrimonio cultural.

PRINCIPIOS:

- Vinculación de los pueblos indígenas y sus sistemas de salud, con el medio ambiente que les rodea.
- El territorio y sus recursos naturales, como base para la mantención de los sistemas de salud indígenas.
- Valorando la forma en que los pueblos indígenas ordenan sus relaciones humanas, por medio de sistemas culturales propios de legitimación de sus autoridades ancestrales.
- Modelo de vida de los pueblos indígenas es ancestral y está asociado al valor del buen vivir que implica un bienestar integral, de manera colectiva, territorial, física, social y espiritual.
- Que la forma en que los pueblos indígenas ordenan su existencia, se asocia a la espiritualidad que contiene y que conforma

la cultura de cada pueblo.

- Que la salud de los Pueblos Indígenas es holística, por cuanto involucra un todo, integrado por elementos humanos y naturales, materiales y espirituales que son parte de su sistema de vida.

DEFINICIONES

Sistema Cultural: Es la institución propia de un pueblo indígena, que ha desarrollado acciones para preservar la salud de ese pueblo, sobre la base de sus propios parámetros culturales. Está integrada por: las ciencias y sistemas de conocimiento indígenas, espacios sagrados y ceremoniales para el desarrollo de la salud individual o colectiva, ecosistemas presentes en territorios indígenas, especialistas de salud reconocidos comunitariamente, espiritualidad, la medicina indígena y los modelos de atención de los Sistemas de Salud de los Pueblos Indígenas, así como sus métodos de prevención y prácticas curativas, las cuales forman parte de su patrimonio cultural.

Medicina Tradicional Indígena: Es un conjunto de

conocimientos sobre la naturaleza y la biodiversidad de los territorios en que habitan los Pueblos Indígenas, asociados a prácticas, ideas, creencias y procedimientos relativos a las enfermedades físicas, mentales, espirituales y sociales de carácter individual o colectivo.

Conjunto de conocimientos explican las causas y procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades, así como la rehabilitación y la promoción de la salud y se transmiten de generación en generación.

Considera aspectos espirituales y conocimientos intangibles, a través de acciones individuales y colectivas.

Modelos de atención: Son aquella forma de organización y atención de especialistas o agentes tradicionales de salud indígena, que en el contexto de la organización social, cultural y política de sus pueblos mantiene protocolos ancestrales de atención.

Son aquellos desarrollados por comunidades, organizaciones o asociaciones indígenas, en las

que participan especialistas tradicionales de salud, los que, a través de iniciativas territoriales, establecen relaciones de participación y cooperación con el Estado.

Especialistas o agentes de salud indígena: Son personas indígenas que, en el marco de la organización social y cultural de sus pueblos, ejercen la medicina indígena formando parte de los Sistemas Culturales de Salud de los Pueblos Indígenas.

Son portadores de conocimientos sobre la naturaleza, la diversidad biológica y la anatomía humana, así como de los territorios en los que se han desarrollado dichos pueblos y ejercitan conocimientos especializados siendo reconocidos, validados y legitimados por la población que atienden.

Podrán a través de las organizaciones, comunidades o asociaciones de salud indígena establecer convenios con las instituciones de salud del Estado, para desarrollar acciones de salud, promoción y fomento de los Sistemas Culturales de Salud indígena.

Medicinas de los Pueblos Indígenas: Son aquellos productos

y subproductos de naturaleza vegetal, animal o mineral que se encuentran en los territorios de los pueblos, así como los lugares sagrados, ecosistemas y espacios que conforman el sustento material e inmaterial de la medicina tradicional indígena.

Territorio Indígena de Conservación de las Medicinas y los Alimentos: Es determinada por ocupación ancestral, en ejercicio de su derecho de autodeterminación, en la que se encuentran medicinas y alimentos usados en los sistemas de salud.

Es materiales o inmateriales necesarios para la supervivencia y ejercicio de estos sistemas.

Se crea con la finalidad de conservar, proteger, preservar, recuperar y usar las medicinas y alimentos de los pueblos indígenas

El Estado debe:

Reconocer el rol de los especialistas de salud ancestral indígenas, los cuales serán respetados y reconocidos por todas las instituciones públicas de salud. Asimismo, reconocerá y respetará las propias formas en que los pueblos indígenas validan a sus especialistas.

Reconocer que la labor de los especialistas de salud ancestral indígenas, es una labor cultural y por ningún motivo puede ser considerada una labor económica, por lo cual queda exenta de toda acción tributaria.

Los especialistas indígenas que practican la medicina ancestral, podrán ejercer libremente sus actividades sanadoras, utilizar sus conocimientos y procedimientos con fines preventivos, curativos y espirituales.

¿Quiénes quedaran sometidos a esta ley?

- Instituciones públicas y privadas que se vinculen con pueblos indígenas.

- Todos los pueblos indígenas de Chile.

- La creación de áreas indígenas de protección, preservación, recuperación y uso de las medicinas de los pueblos indígenas.

- Los convenios a través de los cuales el Estado entregue medios a; comunidades indígenas, asociaciones indígenas o especialistas de salud ancestral de los pueblos indígenas.

- La organización y

facultades del Consejo Indígena.

TÍTULO II: DEL RECONOCIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD INDÍGENA

Artículo 3. El Estado reconoce la existencia de los Sistemas de Salud de los Pueblos Indígenas que contienen la medicina ancestral:

- Especialistas de salud ancestral.
- Los conocimientos médicos ancestrales.
- La medicina (lawen), métodos de prevención, prácticas curativas y modelos de salud de los pueblos indígenas.

TÍTULO III: DE LA SALVAGUARDA DE LOS SISTEMAS DE SALUD INDÍGENA

Obligaciones del Estado:

Proteger y respetar los sistemas de salud de los pueblos indígenas y adoptar medidas que prohíban la discriminación o el menosprecio de estos.

Establecer políticas públicas para promover el reconocimiento social de los sistemas de salud indígena (espacios sagrados y ceremoniales, los ecosistemas,

especialistas de salud, prácticas y acciones propias de éstos)

Creación de Área Medicinal Protegida (Consejo de Administración). Estas Áreas Medicinales Protegidas, se financiarán con los recursos establecidos en esta ley.

Especial relevancia en temas de patentamiento de conocimientos indígenas, el libre ejercicio de creencias espirituales, proteger revitalizar, transmitir y practicar los conocimientos indígenas con especial énfasis en niños y jóvenes, así como el derecho a la protección de los territorios.

TÍTULO IV. PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS CON ÉNFASIS PARTICIPATIVO

El Estado debe fomentar acciones de participación y cooperación con los pueblos indígenas, para la implementación y funcionamiento de sus sistemas de salud.

Creación de Consejo de Salud de los Pueblos Indígenas.

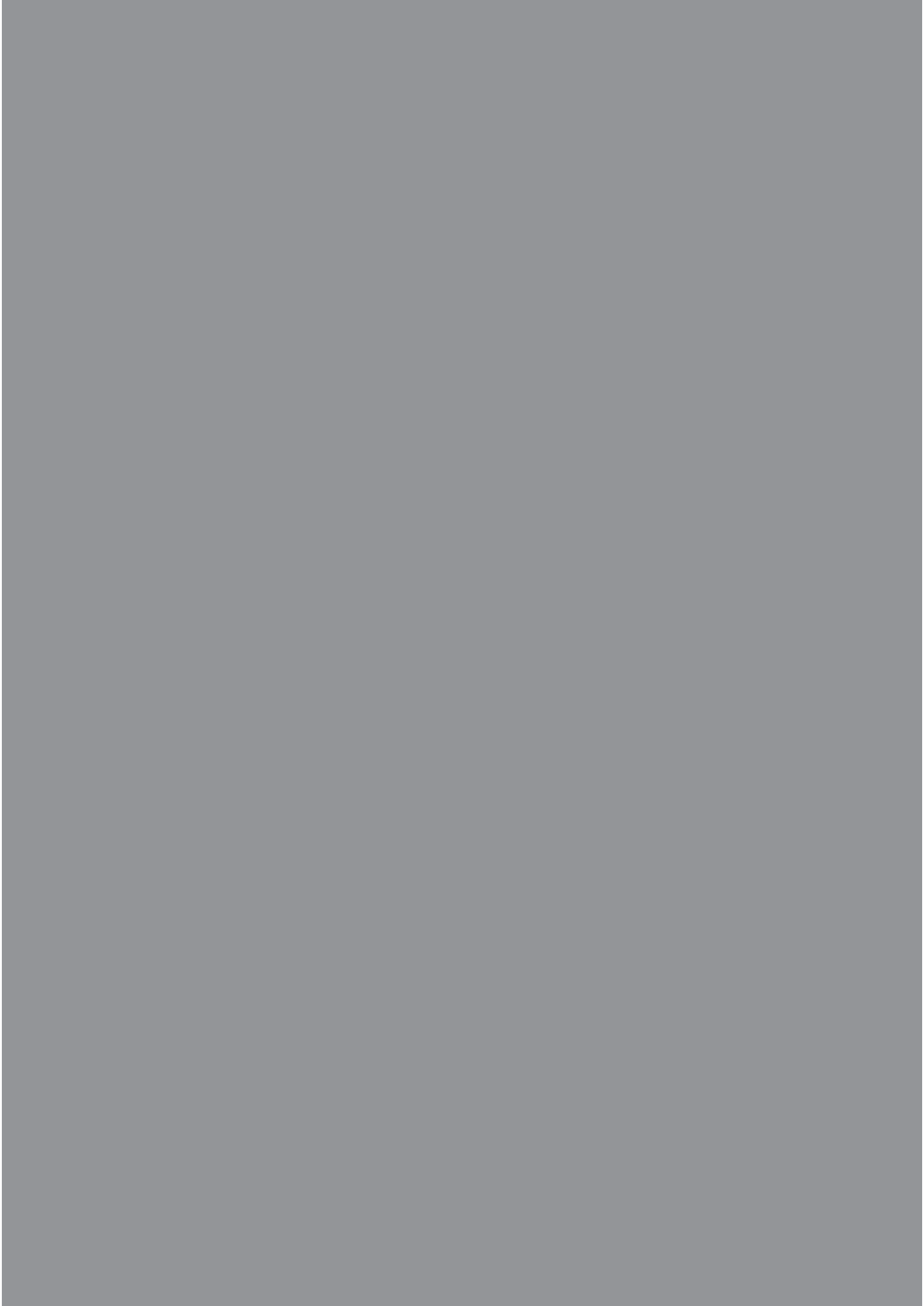
Este consejo estará constituido por representantes electos de cada uno de los pueblos

indígenas chilenos los que serán elegidos entre las comunidades, asociaciones indígenas para la salud, especialistas tradicionales de salud y autoridades tradicionales. Sus miembros durarán 4 años en el cargo.

Estará dentro de sus facultades, el asesoramiento en

materia de salud y pueblos indígenas al Ministerio de Salud, así como apoyar la implementación de esta ley y el ejercicio de los derechos que ella contempla.

Los mecanismos para su constitución y funcionamiento serán materia de un reglamento.



**CONVERSAMOS
Y ACORDAMOS
COLECTIVAMENTE**

Durante las tardes de los dos días se formaron libremente cuatro grupos de trabajo

paralelos, en función de los siguientes ejes:

Modelo de
atención en
salud

Salud y
trabajadores/
trabajadoras

Financiamiento
del sistema
sanitario

Participación y
poder popular
en salud

Las conversaciones del primer día se enfocaron en la siguiente pregunta orientadora:

¿Qué derechos en salud debe garantizar la nueva Constitución?

Las primeras ideas que emergieron se relacionaron con los Derechos que pensamos que

debieran estar consagrados en una nueva Constitución, es decir, las principales prioridades que se deben considerar para tener una mejor salud (obligación del Estado).

El segundo día se había propuesto inicialmente conversar sobre **¿cuáles son los**

deberes sociales en esta nueva Constitución? es decir, las acciones que deberían realizar la sociedad civil y las organizaciones gremiales para tener una mejor salud (responsabilidad popular). Considerando que también las personas que co-existimos en este territorio tenemos un rol fundamental en que nuestros derechos sean considerados, sin embargo, el acuerdo empírico fue que los derechos son indisolubles a los deberes, por consecuencia, no se podían trabajar de forma aislada.

La dinámica de grupo que se consideró en cada eje, fue la creación de un árbol colectivo de Principios Constitucionales. El follaje fue la primera instancia de trabajo y considero una lluvia de principios que debiera considerar una Constitución en temas de salud; las frutas consideraban una segunda etapa y el análisis y agrupación de cada principio en categorías aglutinadoras; y en el tronco se redactó colectivamente un párrafo que interpretara la idea colectiva del principio constitucional que debiera estar consagrado en una nueva Constitución, como

un tallo fuerte y macizo que sostiene el follaje y las frutas del árbol de la salud.

¿Quiénes asistieron?

CESFAM Padre las Casas, Centro Médico Araucarias (Angol), Movimiento Salud Para Tod@s Puerto Montt y Santiago, Departamento de Salud Pública UFRO, Egresado FACMED UFRO, ALAMES, AFUSAM Pitrufquen, Carrera Antropología UCT, AFUSAM Lautaro, CONFEDERUS, Hospital Cañete, UFRO PIRI, Calma (Centro de Salud Temuco), Finca Ecológica de Ekachakra, CCR Las Quilas, RDT Araucanía, EPES, FERFUSAM, Red de Salud Mapuche, Asamblea Plaza Imperial, Escuela de Salud Pública Universidad de Chile.

¿CUÁLES FUERON NUESTRAS PRINCIPALES DIFICULTADES?

Múltiples, los limitados recursos económicos; las dificultades para solicitar una infraestructura pertinente a la dinámica de la Escuela; una convocatoria tardía; y confusiones humanas pusieron complejo el panorama, pero el trabajo colaborativo, la experiencia adquirida en las Escuelas anteriores y la convicción de lo importante de generar espacios de co-aprendizaje y encuentro permitieron que la actividad resultara y termináramos agotadamente feliz.

Y en la actualidad, nos sentimos contentos/as porque a pesar de los obstáculos que tuvimos, podemos sistematizar un trabajo colectivo y representativo de diversos territorios y personas, que nos permite reflexionar sobre qué principios y valores en salud debieran estar consagrados en una Nueva Constitución en Chile.

¿QUÉ LOGRAMOS HACER BROSTAR?

Las reflexiones y la profundidad de las conversaciones fueron un reflejo del perfil de las y los dirigentes que asistieron, quienes representaban a organizaciones, centros de salud, comunidades, barrios, sindicatos, asociaciones, estudiantes y docentes de diferentes partes de Chile. Ellos y ellas hicieron germinar ideas y a medida que eran dialogadas, se fueron consagrando en un gran árbol de la salud, que nos permite pensar en nuestra salud, la de los pueblos y la que soñamos que se resguarde constitucionalmente. Una salud dialogada desde las bases, con independencia partidista y económica, pero con la convicción de que es necesario cambiar lo que en la actualidad se esboza respecto a la salud, e incorporar nuevos elementos que den cuenta de la diversidad cultural, género, etaria y socioeconómica que vive en el país.

En consecuencia, brotaron redes entre organizaciones y personas; territorios; dirigentes; e ideas, pensamientos y principalmente sueños de pensar la salud desde lo colectivo, integralidad, el bienestar, y la prevención. Teniendo la oportunidad de reconocer las Constituciones de países latinoamericanos y escuchar las propuestas que desde las orgánicas y movimientos sociales y el pueblo Mapuche se han estado haciendo germinar.

Eje "Modelo de atención en salud"

La mesa que trabajó este eje estuvo principalmente compuesta por mujeres mestizas y Mapuche trabajadoras de la salud, quienes conversaron e hicieron un breve diagnóstico sobre el modelo que subyace al actual sistema sanitario del país, a modo de identificar ciertos elementos que pudieran continuar, eliminar o re apropiar.

La lluvia de ideas estuvo principalmente asociada a diagnosticar, analizar y discutir largamente el hecho que la enfermedad sigue siendo la prioridad en el actual sistema de salud y que es nuestro compromiso extirpar aquella concepción. Y las ideas que emergieron fueron:

- Los elementos de la actual salud pública que queremos relevar.

- Cómo entendemos la participación ciudadana.

- La perspectiva de los/as usuarios/as.

- La actual mirada individual y descontextualizada de la salud.

- No reconocimiento de las barreras intergeneracionales, disidencias sexuales e identidades de género.

- Un modelo de salud donde el lucro y las lógicas de mercado imponen a los/as trabajadores/as indicadores de calidad, temporales y metas de pacientes diarios.

- Los/as funcionarios/as de la salud, manifiestan sentirse invisibilizados/as como personas en el sistema, ya que el actual modelo no les permite proponer funciones o actividades, y aún menos realizar acciones preventivas.

- Las desigualdades asociadas a temas económicos, lingüísticos, género, educacionales, generacionales y culturales que están presente en la atención de Salud. Se han presentado problemas de equidad en el acceso a horas de atención, privilegiando a unos grupos, por sobre otros. Por ejemplo, "(...) en algún momento la Atención Primaria le dio harto énfasis a este binomio materno-infantil y se dejó

de lado la salud de los hombres, quienes además consultan menos.”

Al trasladar el diagnóstico a lluvia de principios propositivos la mesa ahondo en temas asociados a la igualdad y equidad en el acceso a la salud desde un enfoque promocional y preventivo. Un enfoque humanizado, colectivo, contextual a los territorios, respetuoso e integral que garantice su calidad, acceso gratuito y universal; feminista que permita a las mujeres decidir sobre sus propios cuerpos; y que valore a sus trabajadores.

Se reflexionó también sobre las percepciones de los equipos de salud, de cómo se sienten trabajando y su valoración en el actual sistema sanitario esbozando que muchas veces se sienten menospreciados/as, instrumentalizados/as y deshumanizados.

Al respecto, los participantes debatieron los diversos estatutos que rigen la labor de los/as trabajadores de la salud y cómo incide en las relaciones que se establecen entre los equipos de salud, agregando que lo importante es el objetivo de trabajo y el cómo cada integrante puede contribuir en acciones de salud “(...) no podemos ser

diferenciados desde el mismo sistema en calidades distintas de personas dentro de todo el equipo de salud o sea o somos todo el equipo de salud o no somos.” Esto debe traducirse en el acceso a formación, los horarios diferenciales de jornadas laborales y las remuneraciones, porque en la actualidad no todos/as los/as integrantes pueden participar de espacios de capacitación, lo que es una muestra de las inequidades entre escalafones diferentes.

Igualmente, se conversó en un nivel más analítico en torno al reconocimiento a los sistemas de salud indígenas con presencia en el territorio, y si bien se cree necesario; los/as participantes de la mesa esbozaron que no conocen mucho y creen fundamental profundizar en próximas jornadas “(...) sentíamos que había que darle un segundo debate, o hasta un tercero, cuarto, quinto.” Ya que hay conceptos que se deben analizar, como por ejemplo interculturalidad, multiculturalidad, reconocimiento de los pueblos originarios, territorio y pertinencia cultural, sobre todo considerando que, en la actualidad en Chile, además

de los pueblos indígenas hay un proceso intenso de migración que requiere ser observado y analizado en consideración de los modelos de vida/muerte-salud/enfermedad que aquellas personas portan.

El análisis indicó que lo importante es disminuir las brechas culturales tanto en la atención biomédica, como en la incorporación de elementos de otras culturas en el modelo de salud que se quiere expresar en una constitución, ya que se cree que aún existen muchas barreras para las personas que son culturalmente diferentes, y que por ejemplo, los equipos de salud tienen aún mucho por aprender y vivir, sentir para que se pueda "(...) llevar a la práctica y adaptar a las distintas realidades de los distintos territorios."

Al respecto, se consensuó que es necesario una separación entre la interculturalidad y el reconocimiento de los pueblos originarios, porque "(...) entendíamos que estamos en un país donde cada vez ha llegado más población inmigrante, hay multicultural, entonces tenemos que darles cabida a todas estas posibilidades. Y en ese sentido necesitamos claramente una

"...se cree que el modelo de salud debe ser colectivo, integral y preventivo, garantizando los principios de dignidad, libertad, espiritualidad, participación vinculante, interculturalidad y feminismo."

reconstrucción del modelo de salud y de quienes imparten la salud y de quienes administran y de quienes la diseñan y por lo mismo la participación ciudadana vinculante fue tan relevante en nuestra conclusión."

La mesa concluyó que, si bien aún falta estudiar, conocer e incorporar elementos, se cree que el modelo de salud debe ser colectivo, integral y preventivo, garantizando los principios de dignidad,

libertad, espiritualidad, participación vinculante, interculturalidad y feminismo. Además, reconocer a los pueblos originarios en su kúme mongen (buen vivir) de cada territorio, así como, identidad de género e intergeneracionalidad.

Asimismo, se reafirmó que debe prevalecer una mirada humanizada y contextual, respetuosa y que permita que todas las personas, independiente de su origen étnico, clase social, grupo etario, residencia, identidad de género o sexual puede acceder a una atención en salud de calidad, universal y gratuita. Y que, al momento de trasladar estos elementos del modelo al sistema de salud, que los/as trabajadores sean respetados/as, valorados/as y dignificados/as.

En conclusión, el modelo de salud debe ser pensado desde la salutogenia y no la patogenia, es decir, desde la promoción de la salud y el bienestar como forma de vida, el cuidado y la prevención. Además de impulsar todo lo relacionado con el medio ambiente, su cuidado y una propuesta de bonificaciones a la reforestación nativa.

“Al final para nuestro [actual]

modelo de salud, nuestros programas, todas las actividades que pensábamos necesarias se contraponían un montón de los principios básicos que en general todo el grupo consensuó.”

Eje "Salud y trabajadores/trabajadoras"



El trabajo colectivo de esta mesa, estuvo principalmente compuesto por trabajadores/as de la salud de diferentes comunas de Chile y la participación de un machi (agente de salud Mapuche) quien también manifestó su parecer. La conversación inicialmente fue relajada y dando ideas amplias respecto a cómo ellos/as se sienten, qué significa los derechos de los/as

trabajadores y cómo éstos podrían ser expuestos en una Constitución.

Una de las primeras reflexiones colectivas y que fue apareciendo como un consenso es que todos los derechos están relacionados con un deber, argumentando que desde la perspectiva Mapuche y la dualidad que aquel pensamiento representa si se está pidiendo o exigiendo también

debemos ser responsables y comprometernos en algo.

Luego, la conversación giro entorno a proponer conceptos que para los/as trabajadores son importante de considerar al momento de hablar de la Constitución, los cuales se vinculan principalmente a sus experiencias de vida personales y laborales:

Küme Mongen (Buen Vivir)
Identidad territorial
Formación académica
Estabilidad Laboral
Democratización del Sistema Sanitario

Surgió de forma espontanea un diagnóstico participativo respecto a los derechos laborales en el mundo de la salud, consensuándose que el actual sistema sanitario no les permite tener derechos, ya que la salud consagrada como un bien de consumo, los categoriza como prestadores de un servicio individual y en condiciones precarias. Y en algunos casos, trabajadores de la salud, solo tienen una relación contractual a honorarios con el sistema, es decir, un acuerdo que se establece entre una persona

que tiene que ejecutar funciones específicas en un periodo determinado y sin ningún beneficio socio laboral; y un servicio de salud que paga la prestación ofrecida.

Asimismo, los/as integrantes de la mesa reflexionaron sobre del mito de la estabilidad laboral en el sector público, ya que no hay permanencia, ni buenas condiciones de trabajo, "(...)Hay muchos trabajadores que no tienen estabilidad laboral, hay mucha precariedad laboral." Lo que se vincula principalmente a una dinámica que se ha ido instalando y normalizando como forma de trabajo en todos los sectores de la población que son los llamados "(...) "prestadores de servicio a honorarios" y trabajadores dependientes de empresas privadas que están subcontratando profesionales para hacerlos trabajar en los hospitales".

A raíz de lo anterior, hay una diferencia que ha ido aumentando considerablemente, por cuanto la demanda por servicios sanitarios es mayor a lo que puede ofrecer la salud pública "Esa brecha a pesar de que se trata de estrechar siempre sigue creciendo, debido a que las demandas siempre son

altas.” Entonces, el resguardar como un principio la promoción de la Estabilidad Laboral de los/as trabajadores de la salud es fundamental, y también, reducir la brecha de personal de salud por servicios de salud y especialidad, siendo fundamental establecer una proporción razonable entre la población estimada atender y el personal sanitario, entregando la atención y tiempo que cada persona se merece y que se valore el quehacer de los/as trabajadores.

La participación del personal sanitario en las decisiones de sus espacios de trabajo, también fue un tema que se analizó, ya que se cree que en la actualidad las medidas son centralistas, homogéneas y jerárquicas, no permitiendo a los equipos de salud que conocen sus sectores de trabajo, incidir en las resoluciones que les que involucra. Agregando que les involucran el cumplimiento de indicadores y metas cuantitativas, en desmedro de la posibilidad de hacer un trabajo local, territorial y comunitario.

El fortalecer y promover el involucramiento de los/as trabajadores en su contexto laboral, también se posiciona como un tema

fundamental, porque se cree que no todas las dinámicas laborales son las mismas, sino que responden a realidades locales, territoriales e identitarias. Entonces, propiciar que los equipos se involucren en su comunidad y en co-participación con los/as usuarios/as, es fundamental.

La Formación Continua también fue un tema que se cree que debe ser convenido como un derecho, generando las condiciones para que el personal sanitario pueda acceder a capacitaciones, cursos u otro espacio formativo pertinente al puesto de trabajo y localidad en la cual está situado/a, ya que aquella posibilidad permitiría que el/la trabajadora incorpore y actualice sus conocimientos en beneficio personal, pero principalmente hacia quienes que atenderá “Este proceso formativo debe pensarse no como beneficio para los trabajadores, sino que también como mejora para la atención de salud.”

En consecuencia, se consensua que se debe incorporar principios y valores que permitan al personal sanitario:

- Alcanzar el Buen Vivir en los

propios cuerpos, en los espacios familiares y contexto laboral.

- Tener condiciones de trabajo dignas, tanto a nivel de trato y estabilidad laboral.

- Disponer (aumentar la densidad) de personal sanitario suficiente por habitante.

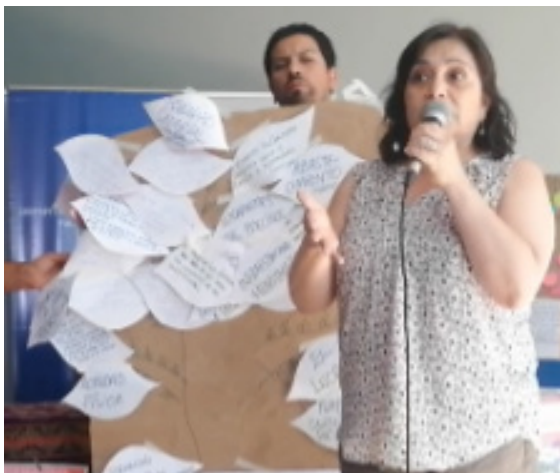
- Asegurar el derecho a la Formación Continua y con pertinencia territorial

- Fomentar el compromiso entre personal de salud-comunidad, promoviendo espacios, condiciones, recursos y tiempo para ejecutar propuestas de trabajo en salud, a partir de la identificación de necesidades y estrategias locales.

- Promover espacios laborales democráticos y no jerárquicos, que permitan la toma de decisiones colectivas.

Finalmente, la mesa consensua que la nueva Constitución debe consagrar “Un sistema sanitario que sea democrático (equidad del poder) con identidad territorial, garantizando estabilidad laboral y procesos de formación y reestableciendo el Küme Mongen como principio de vida”.

Eje "Financiamiento del sistema sanitario"



Estudiantes egresados de la enseñanza media, profesionales de las Ciencias Sociales y trabajadores/as de la Atención Primaria en Salud (APS) conformaron este grupo de trabajo. La diversidad de miradas respecto a la temática, permitió que hubiese heterogéneas perspectivas, experiencias y propuestas de cómo se vislumbra el financiamiento.

Se inició la conversación con un diagnóstico participativo que permitió intercambiar ideas, primero sobre ¿cómo se financia el actual sistema de salud pública? y si el uso público del dinero ¿es

pertinente a las necesidades de la población?

Luego de una lluvia de ideas, el grupo propuso "(...) todos llegamos a la conclusión de que es un sistema desfinanciado, que el financiamiento era insuficiente, pero también nos encontrábamos con problemas reales de que ese poco financiamiento al mismo tiempo es desperdiciado muchas veces porque no tiene la suficiente regulación." Agregando la mesa, que desde la experiencia identificaban que muchas veces los dineros son destinados a objetivos que no se cumplen o bien, usados en gastos innecesarios y que no son pertinente a toda la población usuaria del sistema público de salud. Situación que la posicionaban como un desafío para reflexionar en un financiamiento distinto.

La conversación siguió sola su camino y en algún momento los/as integrantes de la mesa se encontraron conversando sobre lo importante de "(...) invertir en

evitar que la gente se enferme.” Ya que el actual modelo piensa la salud en binomio con la enfermedad y al analizar los gastos que se realizan, éstos están enfocados en aliviar el dolor y poder sanar al/la enfermo/a, pero no en evitar que: se acuda a los Centros de Salud y el uso de fármacos, por el contrario, todas las políticas están dirigidas a promover la dependencia a la biomedicina y de la industria farmacéutica. Entonces, la mesa discutió bajo la siguiente pregunta ¿por qué se enferma la gente? Y algunas de las respuestas fueron:

- “Por el sistema en que está inserto.”

- “Las largas jornadas de trabajo en las ciudades grandes, por ejemplo, se ve que la gente sale con oscuridad de su casa y regresa también de noche.”

- “Porque esa señora que trabaja en una casa particular en que momento le vamos a pedir que realice actividad física, si llega a su casa a seguir trabajando. Ese tipo de cosas que tiene que ver con la jornada de trabajo.” Y la necesidad de trabajar para pagar medicamentos y el acceso a la atención en salud.

- “Con que la educación también sea de calidad y gratuita, así las familias no estarían abrumadas pensando en cómo financiar la educación de sus hijos.” Y no tendrían la necesidad de trabajar tanto.

- “Finalmente los problemas económicos son los que terminan con la salud y generan problemas de salud mental de las personas.”

Entonces, se discutió sobre que las actuales condiciones de vida promovían que el sistema sanitario se piense en binomio salud-enfermedad, ya que vivimos en una sociedad sin tiempo para un buen vivir, para cocinar, pasar tiempo con la familia y hacer actividad física. Y con un nivel de gastos altos y endeudamiento que obligan a la población a ser dependientes de las largas jornadas laborales, y por consecuencias, de las soluciones rápidas (fármacos) a los problemas que nos aquejan.

Y que detrás de todo aquello está la necesidad que tiene el sistema capitalista y el modelo económico neoliberal, de lucrar con la vida, mercantilizar los servicios, los cuerpos, el bienestar y salud de las personas, entonces una de

las primeras afirmaciones que se levantó desde este eje, fue que se debe resguardar constitucionalmente que no exista el Lucro y que la salud no sea considerada como un bien de consumo, sino como un Derecho a toda la población independiente de su situación socioeconómica.

¿Qué es lo que vamos a financiar? Fue la idea que prosiguió en la conversación, y las respuestas estuvieron vinculadas a:

- Preservar los bienes naturales, ecosistemas y promover la vinculación ser humano/naturaleza, como una lógica de bienestar, garantizando la promoción y preservación de los ecosistemas.

- Crear programas intersectoriales que permitan eliminar las inequidades de pertenencia étnica, de género, clase social, residencia y rango etario que existen en salud.

- Promoción de una mirada colectiva, preventiva y desde los cuidados en la salud "(...) porque finalmente es lo que a la larga nos permitiría optimizar los recursos y no invertir por ejemplo en hospitales que es como meterlos a un saco sin fondo." Que permita cambiar la lógica mercantilista del actual

sistema y que entrega a cada persona la responsabilidad individual de curar sus problemas de salud.

- Impulsar el involucramiento de las personas en su propia salud, cuidado, prevención y promoción, ya que "llegamos a la conclusión que no solo el sistema de salud, o el Ministerio de Salud o los Servicios de Salud son los responsables de la salud de la población, sino que la población en su conjunto es responsable o debiera ser responsable de su propia salud, debiera estar empoderada." Lo anterior a través de un trabajo intersectorial con agentes de salud local, biomédicos, comunitarios, populares e indígenas, que debieran ser reconocidos constitucionalmente. Y con quienes hacer un trabajo territorializado.

- Dejar de pensar en la salud como enfermedad y el uso de fármacos "(...) hoy en día el término de salud está más bien orientado o pensado en la enfermedad, cuando se habla de salud, se habla de fármacos, se habla de enfermos crónicos, se habla de hospitales, en el fondo los hospitales están diseñados para tratar las enfermedades, en el fondo es para tratar el fracaso del sistema de salud." Por lo tanto,

se debiera resguardar el financiamiento a principios que estimulen en la sociedad una vida sana, tranquila y en equilibrio. Que se impida la sobrecarga laboral y la explotación a la que muchas personas están expuestas, que contribuya a preservar los tiempos libres, familiares, comunitarios; la calidad de vida de las personas, su integridad física, mental y espiritual dentro del proceso social productivo y reproductivo. Apuntando a desarrollar una humanidad integra, equitativa y equilibrada.

-Desarrollar una mirada estructural e institucional que cree directrices en salud enfocadas a la educación comunitaria preventiva y que financie un trabajo interministerial “(...) porque no podemos trabajar aislados solamente salud, educación por otro lado, cada uno en su propia isla sin conversar entre sí, y sin hacer un trabajo en conjunto.”

-Funciones laborales asociadas a la prevención y que permita a los/as profesionales de la salud (principalmente en la Atención Primaria) tener tiempo destinado en sus jornadas laborales para hacer educación con la comunidad, ya que en la

actualidad “(...) nos vemos abrumados por una cantidad de enfermos, en el fondo, se nos evalúa cuantitativamente por sobre lo cualitativo y eso finalmente va en desmedro del trabajo en prevención y promoción.”

-Creación de puestos de trabajos con competencias e indicadores cualitativos, que permitan promover el buen vivir, calidad de vida y una vida saludable como pilares de trabajo.

-Financiar actividades en salud que permitan identificar los procesos y contextos de determinación social, a modo de prever posibles problemas de salud.

-Financiar a poblaciones especiales, vulnerables, es decir, de riesgo; promoviendo la equidad desde una mirada de la Determinación Social de la Salud, y garantizando el acceso a las atenciones en salud, el cuidado y rehabilitación de la humanidad ya crónica.

- Estado como regulador de los precios de los medicamentos por cuanto “(...) es inevitable que tengamos enfermos. Y es necesario que ese financiamiento aborde todo lo que significa la fiscalización

de los recursos, el buen uso de los recursos, por lo tanto, habría que meterse en el mercado de las farmacéuticas, regular el precio de los fármacos.” Agregando, que el Estado debiera generar estrategias que le permitan dialogar directamente con las industrias farmacéuticas, evitando los monopolios, colusión y el lucro que hace la empresa farmacéutica con las necesidades que presenta la población.

- Evitar las fugas de recursos a través de las ISAPRES, Clínicas privadas, Mutuales, u cualquiera otra institución privada que lucre con las enfermedades de la población.

- Dotar al Estado de financiamiento que permita regular y luego terminar con las actuales concesiones en los hospitales asociadas a prestaciones de salud.

Luego de las múltiples ideas y propuestas respecto a qué debiera financiarse desde una mirada de la salud, la mesa reflexionó sobre la necesidad de que la Nueva Constitución permita crear un Sistema Único de Salud (SUS) que se financie con la recaudación de los impuestos de las empresas privadas y la ciudadanía, permitiendo

un acceso Universal a la salud, en función de las necesidades que presente la población. Y que estos tributos sean proporcionales al nivel de ingreso.

Lo anterior, se conversó ya que en la actualidad la Constitución consagra que cada persona individualmente puede elegir en función de sus ingresos-preferencias a qué sistema acogerse (público o privado) teniendo el Estado un rol de observador, garante, subsidiario.

En consecuencia, la mesa propone que la Nueva Constitución debe garantizar un acceso colectivo a los servicios en salud, impulsando desde la promoción y prevención un sistema de alcance ecológico, equitativo, reproductivo y de rehabilitación, financiado con fondos generales del Estado, recaudados ampliamente mediante una fórmula única denominada Sistema Único de Salud (SUS). Enterrando la salud de mercado y abriendo las puertas a la salud como un Derecho Universal.

Eje "Participación y poder popular en salud"



El grupo que trabajó la temática de participación, manifestó que su discusión se inicia en consideración de lo acontecido en Chile el 18 de octubre, ya que justamente aquella fecha genera un hito respecto al poder popular. Se reflexionó sobre las razones populares que incidieron en la denominada revuelta o estallido social, como un episodio que dejó en evidencia las decadencias que ocultaba el modelo.

La mesa estuvo integrada por

profesionales de la salud de diferentes lugares del país, estudiantes y dirigentes Mapuche, quienes también reflexionaron críticamente sobre el proceso Constituyente, el que puede ser interpretado como "(...) una salida política que da la burguesía, como un grupo que ha tenido dominado el país durante muchos años." Y que no necesariamente se posiciona como un espacio abierto y representativo de todos los pueblos que aquí co-existen. Motivos por los cuales, se hace

necesario participar y apropiarse de aquel espacio, a modo de hacer sentir el poder popular.

Durante el trabajo colectivo, se utilizó la técnica de lluvia de ideas para conversar sobre los pilares asociados al poder popular:

- Participación vinculante.
- Autodeterminación.
- Autogestión.
- Fortalecer las instancias participativas populares.
- Democratización de las decisiones asociadas a la salud.
- Potenciar la toma de decisiones colectivas.
- Fortalecer la identidad territorial, ya que permite crear nuevas formas de organización y considerar diversas visiones de mundos presentes en el país.

Se enfatizó sobre la importancia de fomentar y garantizar la construcción de espacios de participación social y expresión del poder popular, tales como:

- Autogestión y autodeterminación territorial, es decir, el Estado debe garantizar la construcción y fortalecimiento de la identidad territorial, con un enfoque desde los cuidados y derechos de la naturaleza.

-Visión de empoderamiento popular y de transformación, se requiere fortalecer los procesos educativos, así como también valorar los saberes populares, comunitarios e indígenas. Y los equipos de salud deben establecer relaciones horizontales entre ellos/as y la comunidad, sin imposición en la toma de decisiones de personas y comunidades.

-Construcción del tejido social, es decir, se debe financiar y motivar a las personas a ser parte de sus comunidades y toma de decisiones, fomentando y creando nuevos espacios de organización comunitaria, gremiales, barriales, entre otras.

-Participación social vinculante, se deberán crear mecanismos para la toma de decisiones en salud que considere las prioridades y necesidades de las personas, y eliminar la participación social consultiva.

- Potenciación del Control Social de las personas y comunidades sobre las instituciones de salud.

- Fomentar liderazgos colectivos, a partir de la creación de nuevas formas de representatividad y toma de decisiones políticas en

salud.

- Impulsar el reconocimiento del principio de igualdad y equidad entre seres humanos.

- Potenciar el reconocimiento de agentes de salud comunitarios, populares e indígenas, principalmente los que tienen una conexión particular con los territorios y medio ambiente.

Finalmente, la mesa enfatizó que el proceso constituyente debe consagrar una nueva forma de relacionarnos entre seres humanos y la naturaleza, una manera no jerárquica, ni mercantilista. Sin embargo, la Constitución por sí sola no garantiza cambios profundos, aquello significa que cada derecho es indisociable a un deber y que nosotros y nosotras tenemos una responsabilidad en incidir en tener una mejor salud, tenemos una responsabilidad popular en generar acciones que garanticen el cumplimiento de nuestros derechos. Y en participar activamente en la toma de decisiones que involucran nuestros cuerpos y territorios.

¿QUÉ NECESIDADES SURGIERON Y SURGEN EN LA ACTUALIDAD?

Al finalizar los dos días de escucharnos, re-encuentrarnos, soñar y proyectarnos en este nuevo escenario social, cultural y político, emergieron de forma espontánea entre los y las asistentes la necesidad de dar continuidad formativa pero también movilidad y accionar a los árboles constitucionales. Por cuanto, se creyó que es imprescindible ser parte del proceso constituyente, profundizar ideas, generar articulaciones y posicionar un pensamiento integral y colectivo en salud.

Se propuso la planificación de una actividad de auto-cuidado y reflexiva en un contexto rural que nos permitiera proyectar acciones. Entonces, distribuimos roles, acordamos fechas tentativas y se propusieron posibles espacios de convergencia. No obstante, nadie en ese momento pensó, ni siquiera imagino el actual escenario socio-sanitario en el cual vivimos y en donde nuevamente tenemos que re-existir como sociedad, en un contexto de pandemia que ha dejado en evidencia las diferencias de clase, sociales y hasta culturales en el acceso al actual sistema

**"AQUEL CONTEXTO,
DEJA EN EVIDENCIA
QUE CAMBIAR LA
MIRADA MONO
CULTURAL, CAUSAL
E INDIVIDUAL
QUE SUBYACE AL
ACTUAL SISTEMA DE
SALUD CHILENO ES
NECESARIO Y QUE
LA CONSAGRACIÓN
DE VALORES
Y PRINCIPIOS
COLECTIVOS,
COMUNITARIOS Y
PREVENTIVOS SON
UNA OBLIGACIÓN."**

sanitario.

A prácticamente un año después, somos testigos de cómo la pandemia ha intensificado la necesidad de transformar los principios y valores vinculados a la salud, ya que mientras algunos/as pueden decidir libremente cuidarse y mantenerse aislados en sus espacios privados y domésticos, previniendo la exposición al virus y accediendo a atenciones biomédicas privadas

en salud; otros/as se han visto obligados/as a tener que trabajar en espacios públicos productivos, exponiéndose y exponiendo a sus seres queridos/as a una posible adquisición del COVID-19, con una covitización del total del sistema de salud público y una desprotección de otras prestaciones sanitarias.

Asimismo, se ha potenciado y normalizado mediáticamente que la adquisición o no del virus, depende exclusivamente de las conductas individuales de cada persona, naturalizando estigmas hacia la población precarizada que debe salir a trabajar, y promoviendo una sensación de culpa y responsabilidad individual respecto a su salud. Situación que invisibiliza la nula incidencia que ellos/as pueden tener sobre sus cuerpos, cuidados y su propia vida/muerte, frente a sus obligaciones laborales y necesidades económicas.

Aquel contexto, deja en evidencia que cambiar la mirada mono cultural, causal e individual que subyace al actual sistema de salud chileno es necesario y que la consagración de valores y principios colectivos, comunitarios y preventivos son una obligación.

En consecuencia, en este nuevo contexto, nuestro compromiso es socializar un proceso de trabajo colectivo, aportando a la consagración de una nueva mirada sobre la salud en Chile. Y el gestionar y proponer un espacio rural de trabajo colectivo y auto-cuidado en el marco de las Escuelas que organizamos, queda pendiente pero muy presente en nuestra memoria oral, y ahora también escrita.

ACUERDOS DE LUCHA, MÁS QUE CONCLUSIONES

La Constitución es el “orden jurídico fundamental de la comunidad. La Constitución fija los principios rectores con arreglo a los cuales se debe formar la unidad política y se deben asumir las tareas del Estado. Contiene los procedimientos para resolver los conflictos en el interior de la Comunidad. Regula la organización y el procedimiento de formación de la unidad política y la actuación estatal. Crea las bases y determina los principios del orden jurídico en su conjunto” (Hesse, 2011).

En consecuencia, asumimos y reconocemos que APROBAMOS una nueva Constitución, ya que ésta debe reflejar los valores, principios, creencias y formas de ver el mundo que co-existen en el territorio denominado como Chile.

ANEXOS

ANEXO N°1

Afiche oficial (castellano) de la VII Escuela Abierta de Salud Pública para Dirigentes Sociales



ANEXO N°2

Afiche oficial (castellano) de la VII Escuela Abierta de Salud Pública para Dirigentes Sociales.

<u>Programa</u>		
Jueves 16 de enero 2020		
Horario	Tema	Encargado
09:00 a.m.-09:30 a.m.		
Inscripción		
09:30-10:00	Llellipun (Ceremonia inauguración)	Machi Jorge Quilaqueo
10:00-11:00	Inauguración de Escuela y contextualización historica de las Escuelas.	Coordinación Escuela
11:00-11:30 hrs. Café/mizawun		
11:30-12:15	La Salud en las Constituciones: Un análisis comparativo <i>Alexis Mathieu Astudillo (Abogado)</i> <i>Asamblea Barrial Plaza Imperial</i>	<i>Bárbara Galdames,</i> <i>Ricardo Lüer,</i> Movimiento Salud para Todos y todas, MSPT.
12:15-13:00	Preguntas/Comentarios	
13:00 p.m.-14:30 p.m. hrs.		
Almuerzo		
14:30 p.m.-16:30 p.m.		
Trabajo grupal según ejes		
	Eje 1: Modelo de Atención en Salud	
	Moderan: Ana Maria Alarcón y Yolanda Nahulcheo Departamento de Salud Pública, UFRO	
	Eje 2: Salud y trabajadores/trabajadoras	
	Modera: Carlos Mena Dirigente Nacional CONFUSAM	

	Eje 3: Financiamiento del Sistema Sanitario Modera: Nelson Reyes Movimiento Salud para Todos y todas, MSPT
	Eje 4: Participación y poder popular en Salud Modera: Ricardo Pérez Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva, ALAMES.
	16:30 p.m.-17:00 p.m. Café/mizawun
17:00-17:30	Presentación conclusiones iniciales
	Llellipun cierre primera Jornada

<u>Viernes 17 de enero 2020</u>		
Horario	Tema	Encargado
	09:00 a.m.-09:30 a.m. Inscripción	
09:30-10:00	Llellipun (Ceremonia inauguración)	Machi Jorge Quilaqueo
10:00-12:00	<u>Mesa Debate Plurinacional</u> Matias Goyenechea Docente Facultad de Medicina Universidad de Chile Fundación Creando Salud Propuesta para construir un nuevo sistema de Salud para Chile.	

	Francisco Troncoso Por una nueva salud, Para una nueva sociedad Movimiento de Salud Para todos y todas, MSPT Camilo Bass del Campo Red de Sistemas y políticas de Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES Chile. Alfonso Raiman Propuesta de ley sobre salvaguarda y reconocimiento de los Sistemas de Salud de los Pueblos Indígenas	Marcela Castro, Docente departamento de Salud Pública, Universidad de la Frontera
12:00-12:30 hrs. Café/mizawun		
12:15-13:00	Preguntas/ Comentarios	
13:00 p.m.-14:30 p.m. hrs.		
Almuerzo		
14:30 p.m.-16:30 p.m.		
Trabajo grupal según ejes		
	Eje 1: Modelo de Atención en Salud Moderan: Ana Maria Alarcón y Yolanda Nahulcheo Departamento de Salud Pública, UFRO	

	Eje 2: Salud y trabajadores/trabajadoras Modera: Carlos Mena Dirigente Nacional CONFUSAM
	Eje 3: Financiamiento del Sistema Sanitario Modera: Nelson Reyes Movimiento Salud para Todos y todas, MSPT
	Eje 4: Participación y poder popular en Salud Modera: Ricardo Pérez Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva, ALAMES.
	16:30 p.m.-17:00 p.m. Café/mizawun
17:00-17:30	Presentación conclusiones y grabación videos
	Llellipun cierre Escuela

ANEXO N°3

Ficha de registro utilizada en las mesas de trabajo.

VII ESCUELA ABIERTA DE SALUD PÚBLICA PARA DIRIGENTES SOCIALES

Principios constitucionales para una Nueva Salud

FICHA DE REGISTRO

Potenciar las discusiones locales y plurinacionales respecto a los fundamentos y principios constitucionales para una salud digna, de calidad y con pertinencia cultural.

¿Cuáles son los deberes sociales en esta nueva Constitución?

Acciones que deberían realizar la sociedad civil y las organizaciones gremiales para tener una mejor salud (responsabilidad popular).

Eje XX:

Primer momento (follaje) lluvia de ideas

Pida a las personas de su grupo que escriban en las hojas ideas sobre las acciones que deberían realizar para tener salud y garantizar el cumplimiento de sus derechos sociales. Profundice en cómo ellos y ellas conciben la salud en su diario vivir.

Segundo momento (frutas) Categoría analítica

Transformar colectivamente las ideas en categorías analíticas, es decir, agrupar varias hojas que se relacionen en una frase analítica que represente aquellas ideas y escribala en la fruta.

Tercer momento (tronco) Principio constitucional

Redacten colectivamente uno o dos párrafos que interpreten las obligaciones de las personas y organizaciones gremiales respecto a los principios constitucionales para una nueva salud.

PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES PARA UNA NUEVA SALUD

La Constitución es el “orden jurídico fundamental de la comunidad. La Constitución fija los principios rectores con arreglo a los cuales se debe formar la unidad política y se deben asumir las tareas del Estado. Contiene los procedimientos para resolver los conflictos en el interior de la Comunidad. Regula la organización y el procedimiento de formación de la unidad política y la actuación estatal. Crea las bases y determina los principios del orden jurídico en su conjunto” (Hesse, 2011).

En consecuencia, asumimos y reconocemos que APROBAMOS una nueva Constitución, ya que ésta debe reflejar los valores, principios, creencias y formas de ver el mundo que co-existen en el territorio denominado como Chile.

ISBN: 978-956-402-920-7

