|  |
| --- |
| propuesta de los PUEBLOS INDIGENAS |
| INFORME DE SISTEMATIZACIÓN |
| PROCESO DE PARTICIPACIÓN Y CONSULTA A LOS PUEBLOS INDIGENAS |
|  |
| **MESA DE SISTEMATIZACIÓN DE LOS PUEBLOS INDIGENAS.** |
| **OCTUBRE DE 2016** |

|  |
| --- |
| ASESORES: Consuelo León, Gloria Pulquillanca y Jorge Curilem |

**INFORME DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN**

**COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U ORGANIZACIONES INDIGENAS**

**REGIÓN METROPOLITANA**

|  |
| --- |
|  |

El presente trabajo busca establecer aspectos generales del debate de cada zona de la Región Metropolitana, en tanto ello, es dable indicar que se entiende incorporado cada uno de los trabajos e informes de los proceso de participación y consulta del reglamento que establece el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia, a su vez las actas de cada una de las sesiones que se realizarán.

El presente informe se funda en los informes de los abogados asesores de cada zona, asimismo, en las documentos y demás antecedentes de este proceso, por ende, se entienden incorporado al presente informe.

**PRIMERA PARTE DEL SISTEMATIZACIÓN**

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 1º

Ámbito de aplicación del Reglamento

Articulo Propuesto:

Artículo 1°: El presente reglamento establece definiciones de los contenidos del artículo 7 de la ley 20.584 y fija procedimientos generales y directrices que deberán ejecutar los prestadores institucionales públicos para adecuar los servicios de salud a fin de hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a algún pueblo originario, en aquellos territorios con población indígena y en el contexto de desarrollo de los modelos de salud intercultural.

* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDIGENAS:**

1. **ZONA CENTRO:**

Artículo 1°: El presente reglamento establece definiciones de los contenidos del artículo 7 de la ley 20.584 y fija procedimientos generales y directrices que deberán ejecutar los prestadores institucionales públicos para adecuar los servicios de salud, en temas económicos, sociales, culturales y conforme a la cosmovisión de los pueblos originarios y su lugar geográfico, a fin de hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a algún pueblo originario, en todo el territorio nacional y en el contexto de desarrollo de los modelos de salud intercultural.

**La propuesta se funda de la manera siguiente:**

1. La aplicación del reglamento se debe adecuar en temas económicos, geográficos, sociales y culturales y de acuerdo a la cosmovisión de los pueblos originarios y del lugar geográfico urbano y rural.
2. El reglamento propuesto no asegura que en todo el territorio nacional se debe aplicar, sino que depende del porcentaje de población indígena.
3. **ZONA OCCIDENTE**

**Artículo 1°.** El presente reglamento establece definiciones de los contenidos del artículo 7 de la ley 20.584 y fija procedimientos generales y directrices que deberán ejecutar los prestadores institucionales públicos para dar cumplimiento a lo dispuesto en la citada normativa legal y de ese modo hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a algún pueblo originario, en aquellos territorios con población indígena y en el contexto de desarrollo de los modelos de salud intercultural.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

Este artículo debe ser fiel al texto no consultado del artículo 7°, que no menciona en ninguna de sus partes el concepto “adecuar” los servicios de salud, el que corresponde a las definiciones que ha efectuado el Ministerio de Salud a propósito del programa Pespi y las políticas de salud intercultural implementadas antes de la vigencia del Convenio N° 169. Se propone eliminar la frase “adecuar los servicios de salud a fin de”.

Señala que se debe suprimir el vocablo “adecuar” debido a que es ambiguo, además, deja un ámbito de discrecionalidad al Estado en los ámbitos de protección del derecho a la salud ancestral, por ende, no obliga al Estado tomar medidas que permita efectivamente que la actividad biomédica se modifique a fin de otorgar salud con pertinencia cultural definida por los pueblos y según el Convenio Nro. 169 de la OIT.

Cabe indicar que organizaciones de la comunas de Talagante y Melipilla propone modificar la frase “adecuar los servicios de salud a fin de hacer efectivo el derecho”, en último párrafo por frase; “para dar cumplimiento al artículo 7 de la ley 20.584.

1. **ZONA ORIENTE**

Artículo 1°: El presente reglamento establece definiciones de los contenidos del artículo 7 de la ley 20.584 y fija procedimientos generales y directrices que deberán ejecutar los prestadores institucionales públicos para adecuar los servicios de salud a fin de hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a algún pueblo originario, en todo el país y en el contexto de desarrollo de los modelos de salud intercultural. Existirá además un Consejo Indígena en Salud compuesto por las comunidades y/o asociaciones, quien supervisará el cumplimiento de este Reglamento.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

Considerando el rango jerárquica normativo del reglamento se hace necesario crear una institucionalidad indígena en salud que supervigile la activada sanitaria en cada uno de sus niveles de salud occidental que se preste a favor de las personas indígenas, asimismo, será la contraparte en materia bioética.

1. **ZONA NORTE**

Esta zona no formula ninguna propuesta del articulado, ni introduce modificaciones a la propuesta del Estado de Chile, sin embargo, indica lo siguiente:

1. Es necesario que el nombre sea modificado por “Gestor Cultural”.
2. No es aplicable la frase “atención de salud con pertinencia cultural”.
3. Se considera que la redacción de la ley indígena introduce una elemento distorsionador para el goce y ejercicio del derecho de salud, esto es: habla de indicador de alta población indígena, lo que implica que la actividad estatal se justifique desde número de indígena en una región, en tanto ello, se establece ámbitos de discrecionalidad que no permite la plena aplicación del Convenio Nro. 169 de la OIT.
4. Se plantea que la medida consultada no se ajusta las prioridades pueblos indígenas, ya que considerando el ordenamiento jurídico chileno, en particular, la jerarquización normativa resulta todo necesario el Reconocimiento Constitucional, en consecuencia, este reglamento en sí mismo no permitiría proteger debidamente el derecho a la salud consagrado por el Convenio Nro. 169. Aún más, si esto se relaciona con la Estructura funcional y orgánica del Estado Chileno siempre los Pueblos están subordinado al sistema al biomédico hegemónico y colonizador.
5. La aplicación de este reglamento debe respetar el derecho a la autonomía y/o autodeterminación de los pueblos indígenas, en particular, el derecho administrar y controlar establecimiento y/o centro de salud con pleno respeto a la integridad cultural y territorial.
6. La autodeterminación implica el derecho al ejercicio efectivo de la salud ancestral y métodos de sanación sin injerencia estatal al respecto.
7. El reglamento debe aplicarse a todos los Pueblos Indígenas estén reconocidos o no reconocidos por la Ley Indígenas.
8. Esta zona considera necesario que el derecho a la salud con pertinencia cultural sea aplicable a la salud priva.
9. **ZONA SUR**

**Artículo 1°.** El presente reglamento establece definiciones de los contenidos del artículo 7 de la ley 20.584 y fija procedimientos generales y directrices que deberán ejecutar los prestadores institucionales públicos para adecuar los servicios de salud a fin de hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a algún pueblo originario, en aquellos territorios con población indígena y en el contexto de desarrollo de los modelos de salud intercultural.

Lo anterior, implica que el reglamento se aplicara con la plena observancia del Convenio 169 de la OIT y demás Tratados de Derechos Humanos, en tanto ello, los Pueblos Originarios tendrán derecho a la salud de su pueblo y a la práctica ancestral, asimismo, tendrán el derecho preferente de administrar y controlar establecimiento de salud propio y a que el Estado proporcione recursos económicos que permita aquello.

El Estado de Chile debe velar por que se pongan a disposición de cada Pueblo Indígena servicios de salud adecuados y proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física, mental y espiritual.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. La “salud intercultural” ha sido empleada como un concepto sinónimo a la salud mapuche o de cualquier pueblo indígena, en tanto ello, no sólo se ha estatuido en un eje de tensión del quehacer sanitario, sino que ha inducido a equívocos respecto de la identidad e integridad cultural indígena al desconocer que ciertas prácticas constituyen transgresiones espirituales que conllevan padecimientos a nivel individual, familiar y colectivo. Es decir, bajo la óptica del derecho a la integridad cultural la actividad sanitaria con tintes indígenas constituye en sí mismo un fenómeno de asimilación e invisibilización de aspectos culturales y de la relación territorial en su dimensión tempoespacial material, inmaterial y espiritual, a su vez, implica que la salud intercultural se ha estructurado desde la lógica de la inclusión sin respetar la diferencia, ni menos se funda en el enfoque de los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas.
2. En este sentido, queda patente que la estructura del reglamento no contempla el derecho de los pueblos originarios para administrar y controlar centro y/o establecimientos de salud, tampoco que dichos pueblos detentan el derecho a la salud ancestral y su práctica en igual condición que la salud occidental.
3. El reglamento se estructura desde la lógica de prestar un servicio de salud adecuado, es decir, es una regulación parcial del derecho a la salud de los Pueblos Indígenas, lo que conlleva a no resguardar esta prerrogativa desde el núcleo colectivo.
4. El derecho a salud de los pueblos indígenas se estructura desde el derecho a la autonomía, en tanto ello, tiene el derecho preferente de controlar y administrar por sí mismo centro y/o establecimientos de salud, ya que con ello se asegura y protege efectivamente el referido derecho, a su vez, también implica que la relación entre los pueblos originarios y el Estado se debe fundar en condiciones de igualdad a fin de erradicar las determinantes sociales, culturales, históricas que justifican los mecanismos de tutela y/o supervigilancia del hacer de los pueblos indígenas manteniéndolos en un posición de inferioridad.
5. **ZONA SUR ORIENTE**

**Artículo 1°.**El presente reglamento establece definiciones de los contenidos del artículo 7 de la ley 20.584 con plena observancia del artículo del 25 de Convenio Nro 169 de la OIT, fija procedimientos generales y directrices que deberán ejecutar los prestadores institucionales públicos para adecuar los servicios de salud a fin de hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a algún pueblo originario, en aquellos territorios con población indígena y en el contexto de desarrollo de los modelos de salud intercultural.

El derecho a una atención de salud con pertinencia cultural consiste preferentemente en contar los medios y recursos materiales, técnicos y económicos que le permite a cada Pueblo Indígena organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física, mental y espiritual, de forma tal que se fomente, proteja el derecho a la salud ancestral, sus prácticas, hierbas medicinales, métodos de sanación y curación. Este derecho también implica que la atención de salud (occidental) se adecue a cada pueblo originario.

El derecho a la salud debe entenderse vinculado al territorio y los recursos naturales y a su protección.

El presente reglamento se aplicará con plena observancia al Convenio Nro. 169 de la OIT, DNPO y demás tratados internacionales, asimismo, no se podrá desconocer e invisibilizar la identidad y particularidades de cada Pueblos Originario. Siendo este reglamento obligatorio su aplicación en cada uno niveles de salud

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. El reglamento sólo se regula el salud de los pueblos indígenas desde la concepción de servicios de salud adecuados, es decir, no contempla plenamente el artículo 25 del Convenio 169 de la OIT, por ende, no comprende que el derecho a la salud de los Pueblos Indígenas necesariamente tiene una manifestación colectiva, por ende, debe incorporar la variable indígena desde el enfoque derechos humanos, como también, el territorio, los significados y el mundo simbólico de cada uno de los Pueblos Originarios.
2. b) El reglamento necesariamente debe ampliar los ámbitos de protección a fin de asegurar el ejercicio del derecho de salud ancestral, su acceso y práctica de la propia medicina con espacios y centro administrados y bajo el control de cada uno de los Pueblos Originarios según su territorio, todo lo cual, simplemente silencia el texto del reglamento propuesto.

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Artículo 1°.** El presente reglamento establece definiciones de los contenidos del artículo 7 de la ley 20.584 con plena observancia del artículo del 25 de Convenio Nro 169 de la OIT, fija procedimientos generales y directrices que deberán ejecutar los prestadores institucionales públicos a fin de hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a algún pueblo originario, en todo el país y en el contexto de desarrollo de los modelos de salud intercultural. Existirá además un Consejo Indígena en Salud compuesto por las comunidades y/o asociaciones, quien supervisará el cumplimiento de este Reglamento.

El derecho a una atención de salud con pertinencia cultural consiste preferentemente en contar con los medios y recursos materiales, técnicos y económicos permitiendo que cada Pueblo Indígena organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física, mental y espiritual, de forma tal que se fomente, proteja el derecho a la salud ancestral, sus prácticas, hierbas medicinales, métodos de sanación y curación. Este derecho también implica que la atención de salud occidental se adecue a cada pueblo originario.

El derecho a la salud debe entenderse vinculado al territorio y los recursos naturales y a su protección.

El presente reglamento se aplicará con plena observancia al Convenio Nro. 169 de la OIT, Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos, asimismo, no se podrá desconocer e invisibilizar la identidad y particularidades de cada pueblos Indígenas, en tanto ello, este reglamento es obligatorio en cada uno de los niveles de salud.

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

La redacción permite no sólo comprender los ámbitos de aplicación, sino que establece que el reglamento debe fundarse en el tenor del artículo 25 del Convenio Nro. 169 de la OIT, asimismo, uno de los sentidos es que el sistema de sanación indígena debe ser fomentado, protegido y resguardo por parte del Estado de Chile a fin de dar estricto cumplimiento a su obligación internacional, a su vez, no podría acreditar a agentes y cultores de la salud ancestral indígena, lo que es también aplicable a las Universidades.

La salud intercultural abarca diversos temas y ha sido empleada para distorsionar saberes ancestrales de salud, por ende, es relevante hablar de salud propia de cada pueblo indígena, es decir, salud intercultural ha invisibilizado a los pueblos indígenas en materia de salud.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 1º

Ámbito de aplicación del Reglamento

Articulo Propuesto:

**Artículo 2º:** Las definiciones antes referidas no están destinadas a regular a los agentes de medicina tradicional indígenas, sus prácticas médicas, religiosas, culturales y espirituales, así como tampoco normarán a los sistemas de salud indígena en general.

* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDiGENAS:**

1. **ZONA SUR ORIENTE**

**Artículo 2º.** La aplicación del presente reglamento no regulara a los agentes de medicina tradicional indígenas, sus prácticas médicas, culturales y espirituales, así como tampoco normarán a los sistemas de salud indígena en general.

No se podrá transgredir la espiritualidad de cada uno pueblos originarios, quedado prescrita toda forma de asimilación, integración, entofagia, invisivilización de las identidades y/o pueblo indígena en particular, en tanto ello, una de las obligaciones del estado en materia de salud es fomentar, garantizar y proteger la integridad cultural y derechos colectivos de los pueblos originarios en igualdad de condiciones.

La validación del agente de salud medicina tradicional indígena debe respetar la forma de organización y funcionamiento de pueblo indígena, por consiguiente su acreditación no corresponde al sector público ni menos se podrá establecer requisitos al respecto, es decir, serán los propios pueblos indígenas quienes son los que detenta la facultad validar y acreditar a los agentes de salud, por su parte, el Estado y la institucionalidad publica de salud debe reconocer y respetar a dichos agente de salud.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. El reglamento regula la salud intercultural desde la concepción de salud occidental con elementos indígenas y si bien no pretende normar la salud ancestral indígena, guarda absoluto silencio respecto a sus obligaciones estatales de promoción, fomento, protección de los sistemas de salud indígena y garantizar el acceso a la salud ancestral y prácticas de sanación.
2. Teniendo presente el reglamento propuesto existe temor por acrecentar la perdida de la identidad indígenas por medio de quehacer de la salud intercultural, ya que es altamente factible que al no asegurarse debidamente las obligaciones estatales de promoción, fomento, protección de los sistemas de salud indígena se termine conculcando el derecho a la integridad cultural e territorial de cada pueblo.
3. La salud intercultural no es sinónimo de salud ancestral de cada Pueblo Indígena y esto debe quedar claro en todo el articulado del reglamento.
4. **ZONA SUR:**

**Artículo 2º.** Este reglamento no está destinado a regular a las personas que conozca y/o ejerzan la medicina tradicional indígenas, sus prácticas médicas, espirituales, culturales, así como tampoco normarán a los sistemas de salud indígena en general.

El prestador institucional público debe fomentar, capacitar, proteger y respetar la salud de los Pueblos Originarios brindando los recursos humanos, financieros y técnicos para ello, así también, para que dichos pueblos ejerzan su derecho a prestar salud indígena propia en centros y establecimientos sanitarios que estén bajo su propia responsabilidad y control..

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

La redacción propuesta de este artículo se fundamenta en el artículo 25 de la Convención 169 de la OIT, por ende, el reglamento debe proteger debidamente el derecho a salud de los pueblos indígenas de forma tal que tanto los ámbitos de interpretación y aplicación del reglamento se funde en los principios y las directrices con el convenio 169 OIT. Es decir, el reglamento no contempla el tenor del artículo 25 de ese convenio, ya que sólo se estructura desde la lógica de servicios de salud adecuado, lo que no es otra cosa que regular la prestación de salud occidental con acentos indígenas.

1. **ZONA ORIENTE:**

Esta zona no formula ninguna propuesta del articulado, ni introduce modificaciones a la propuesta del Estado de Chile.

No hay modificación, ni propuesta

1. **ZONA CENTRAL:**

**Artículo 2º**. Las definiciones antes referidas no están destinadas a regular a los agentes de medicina tradicional indígenas, sus prácticas médicas ancestrales, culturales y espirituales, así como tampoco normarán a los sistemas de salud indígena en general.

E**sta zona mantiene la redacción del articulado, tan sólo elimina la palabra “religiosa”.**

1. **ZONA OCCIDENTE:**

**Artículo 2.** Las definiciones antes referidas no están destinadas a los agente de medicina tradicional indígenas, sus prácticas médicas, métodos de prevención y medicamentos tradicionales, que se rigen íntegramente por la normas, costumbres e instituciones de los pueblos indígenas, sin perjuicio que los sistemas de salud de dichos pueblos constituyen parte integrante de un modelo de salud intercultural determinado.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

Efectivamente se entiende que este reglamento no tiene por objeto regular a los agente de salud ancestral y conocimientos, sin perjuicio de ello, lo relevante es establecer que los agentes de salud ancestral, métodos de sanación y curación propia coexisten con la salud occidental en condiciones de igualdad.

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Artículo 2º.** Las definiciones antes referidas no están destinadas a los agente de medicina tradicional indígenas, a sus prácticas médicas, métodos de prevención y medicamentos tradicionales, que se rigen íntegramente por la normas, costumbres e instituciones de los pueblos indígenas, sin perjuicio que los sistemas de salud de dichos pueblos constituyen parte integrante de un modelo de salud intercultural determinado.

No se podrá transgredir la espiritualidad de cada pueblo indígena, quedando prescrita toda forma de asimilación, integración, etnofagia, invisivilización de las identidades y/o pueblo indígena en particular, en tanto ello, una de las obligaciones del Estado en materia de salud es fomentar, fortalecer, garantizar y proteger la integridad cultural y derechos colectivos de los pueblos indígenas en igualdad de condiciones.

La validación del agente de salud tradicional indígena debe respetar la forma de organización y funcionamiento de pueblo indígena, por consiguiente su acreditación no corresponde al sector público ni menos se podrá establecer requisitos al respecto, es decir, serán los propios pueblos indígenas quienes son los que detenta la facultad de validar y acreditar a los agentes de salud, por su parte, el Estado y la institucionalidad pública sanitaria debe reconocer y respetar a dichos agente de salud.

El prestador institucional público desde su rol garante debe fomentar, capacitar, proteger y respetar la salud de los Pueblos indígenas brindando los recursos humanos, financieros y técnicos para ello, así también, para que dichos pueblos ejerzan su derecho a prestar salud indígena propia en centros y establecimientos sanitarios que estén bajo su propia responsabilidad y control.

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

Lo relevante es la identidad, particularidades e historia de cada Pueblo Indígena para distinguirla de la salud intercultural, lo que no ha sido considerado en materia sanitaria, trayendo en consecuencia, que se generen prácticas que no son propias y se transgrede los conocimientos ancestrales, en tanto ello, la autodeterminación requiere actuar con responsabilidad desde los propios miembros de los Pueblos Indígenas, a su vez, implica que el actuar estatal observe en plenitud el Convenio Nro. 169 de la OIT, a fin de erradicar aquellas prácticas que importen una pérdida parcial o total de tales conocimientos, lo que se observa al desvincular la medicina ancestral de su territorio material e inmaterial.

En este sentido, la plena aplicación del Convenio 169 de la OIT constituye un límite al ejercicio estatal sanitario alcanza vital importancia para alcanzar ámbitos concreto de goce y ejercicio de derechos humanos.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 1º

Ámbito de aplicación del Reglamento

Articulo Propuesto:

**Artículo 3º:** Las personas indígenas tienen asimismo derecho al acceso a una atención de salud de igual manera que las demás personas, sin discriminación arbitraria y a ser atendidas bajo un marco de respeto de sus derechos humanos y reconocimiento de su diversidad.

* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDiGENAS:**

1. **ZONA SUR ORIENTE:**

**Artículo 3.** Las personas indígenas y su familia indígena tienen asimismo derecho al acceso a una atención de salud de igual manera que las demás personas, sin discriminación arbitraria y a ser atendidas bajo un marco de respeto de sus derechos humanos y reconocimiento de su diversidad.

Las personas y su familia indígena tienen derecho a la salud ancestral, sus prácticas, hierbas medicinales, métodos de sanación y curación, entendiendo que este derecho se estructura y manifiesta de forma colectiva, asimismo, la salud ancestral y práctica sólo debe ser otorgada por los agentes de salud ancestral de cada pueblo indígena.

La salud ancestral no es complementaria a la salud occidental, sino que debe brindarse en igualdad condiciones sin que pueda establecerse mecanismos y orgánicas que hagan prevaler la salud occidental en desmedro de la otra, sino que deberá fomentar la comunicación entre ambos tipos de salud sea para derivar, tratar en forma conjunta y simultánea a las personas y su familia indígena.

En este sentido, y en virtud de lo anterior, el estado tendrá el deber de capacitar a los médicos, enfermeras, matronas, auxiliares y el personal de la administración, asimismo, dichos personal debe contar conocimientos y herramientas de la cosmovisión y visión de salud ancestral para poder brindar una atención de salud con pertenencia cultural.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. La idea del derecho a salud con pertinencia indígena, en términos simples, importa que la actividad sanitaria se revista de elementos culturales indígenas, pero aquello no es sinónimo de salud mapuche, quechua o aimara, ni menos una manifestación del Convenio Nro. 169 de la OIT, en especial del artículo 25.
2. El reglamento propuesto en sí mismo constituye una afectación directa porque se centra en las acciones de salud occidental, es decir, existe un absoluto silencio respecto a la obligación estatal que prescribe el artículo 24 y 25 del Convenio Nro. 169 de la OIT.
3. Este artículo no comprende en forma cabal que el derecho a la integridad cultural y territorial de los pueblos indígenas, menos el derecho a la libre determinación.
4. En este sentido, es preocupante que los efectos que puede conllevar que se trasladen elementos, concepciones de la salud indígena a la salud occidental, lo que en si mismo es una afectación directa a la integridad cultural indígena.
5. La igualdad no sólo importa la igual protección de derecho y la no discriminación, sino que reconocer las diferencias de cada uno de los pueblos indígenas a fin evitar la anexión totalizadora a la sociedad chilena, asimismo, es otra cosa que reconocer que estos pueblos pre-existen al Estado Nacional y que tienen sistema salud propios.
6. **ZONA ORIENTE:**

Esta zona no formula ninguna propuesta del articulado, ni introduce modificaciones a la propuesta del Estado de Chile.

1. **ZONA SUR:**

**Artículo 3º.** Las personas indígenas tienen asimismo derecho al acceso a una atención de salud de igual manera que las demás personas, sin discriminación arbitraria y a ser atendidas bajo un marco de respeto de sus derechos humanos y reconocimiento de su diversidad.

En este sentido, las personas indígenas gozan y detentan el derecho al acceso a la salud ancestral de cada pueblo originario en los tres niveles de atención de salud, asimismo, también importa el derecho a la práctica de salud ancestral, por ende, las instituciones de salud pública deben facilitar, asegurar y proteger tal derecho.

Los miembros de los pueblos originarios detentan el derecho ser protegidos para que puedan acceder a la salud con pertinencia cultural y a la salud ancestral, en tanto ello, tienen derecho a la libre elección.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. La salud intercultural o lo que también se denomina salud con pertinencia indígena es simplemente la ordenación de la relación paciente – médico y/o agente de salud, lo que explica tanto la propuesta del reglamento como la conceptualización y regulación de las funciones del facilitador Intercultural, que en términos simples, es el eje de tensión al tener que satisfacer a diversos agentes de salud sin que cuente con reales recursos y atribuciones administrativas suficientes para alcanzar sus objetivos y desarrollar cada función.
2. En otras palabras, la salud propia y ancestral del pueblo originario cede ante la salud occidental quedando en una posición de complementariedad. No obstante ello, el derecho a la salud de los Pueblos Originarios se estructura desde la autonomía, a la vez, requiere ahondar en la manifestación colectiva de los derechos humanos del Pueblo Mapuche, lo que no se plasma y menos se fomenta, garantiza y protege en la propuesta del reglamento.
3. **ZONA OCCIDENTE:**

**Artículo 3°.**Las personas indígenas tienen derecho al acceso a una atención de salud de igual manera que las demás personas, sin discriminación arbitraria y a ser atendidas bajo un marco de respeto de sus derechos humanos y reconocimiento de su diversidad, lo que significa la afirmación expresa de la naturaleza colectiva de sus derechos como pueblos indígenas, que se encuentran reconocidos en instrumentos internacionales y normativa interna vigente.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. Importante el reconocimiento expreso a sus derechos. La igualdad de acceso (reconociendo que no hay garantía del derecho a la salud) se debe entender que frente a la particularidad como pueblo esa igualdad no se da espontáneamente y el Estado debe garantizarla a través de otros medios.
2. Se propone incorporar dos fundamentos a este articulado: la naturaleza colectiva de los derechos aquí reconocidos y las fuentes de donde emanan dichos derechos (instrumentos internacionales y normativa vigente).
3. **ZONA CENTRAL:**

**Artículo 3º.** Los pueblos indígenas y sus habitantes, tienen derecho al acceso, por igual, del nivel más alto posible de atención en salud física y mental, en forma oportuna, sin discriminación arbitraria, y a ser atendidas bajo un marco de respeto, de sus derechos humanos, reconocimiento de su cosmovisión y diversidad, de acuerdo al Convenio 169.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. Del nivel más alto posible de salud física y mental en forma oportuna.
2. Se debe considerar la cosmovisión de cada pueblo indígena.
3. Las personas indígenas deben tratadas del misma manera que las demás personas.
4. Debería incorporarse dos ideas: derechos colectivos y las fuentes de donde emanan dichos derechos (instrumentos internacionales y normativa vigente).
5. **ZONA NORTE**

Esta zona no efectúa propuesta alguna, tampoco se refiere a la afectación.

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Artículo 3°.** Las personas, familias y comunidades y/u organizaciones indígenas tienen derecho al acceso a una atención de salud física, psíquica y espiritual, en forma oportuna, de igual manera que las demás personas, sin discriminación arbitraria y a ser atendidas bajo un marco de respeto de sus derechos humanos y reconocimiento de su diversidad, lo que significa la afirmación expresa de la naturaleza colectiva de sus derechos como pueblos indígenas, que se encuentran reconocidos en instrumentos internacionales y normativa interna vigente.

Las personas, familias y comunidades y/u organizaciones indígenas tienen derecho a la salud ancestral, sus prácticas, hierbas medicinales, métodos de sanación y curación, entendiendo que este derecho se estructura y manifiesta de forma colectiva, asimismo, la salud ancestral y práctica sólo debe ser otorgada por los agentes de salud ancestral de cada pueblo indígena.

La salud ancestral no es complementaria a la salud occidental, sino que debe brindarse en igualdad condiciones sin que pueda establecerse mecanismos y orgánicas que hagan prevaler la salud occidental en desmedro de la otra, sino que deberá fomentar la comunicación entre ambos tipos de salud sea para derivar, tratar en forma conjunta y simultánea a las personas y su familia indígena.

En este sentido, las personas indígenas gozan y detentan el derecho al acceso a la salud ancestral de cada pueblo originario en los tres niveles de atención de salud, asimismo, también importa el derecho a la práctica de salud ancestral, por ende, las instituciones de salud pública deben facilitar, asegurar y proteger tal derecho.

Los miembros de los pueblos originarios detentan el derecho ser protegidos para que puedan acceder a la salud con pertinencia cultural y a la salud ancestral, en tanto ello, tienen derecho a la libre elección.

En este sentido, y en virtud de lo anterior, el estado tendrá el deber de capacitar a los médicos, enfermeras, matronas, auxiliares y el personal de la administración, asimismo, dichos personal debe contar conocimientos y herramientas de la cosmovisión y visión de salud ancestral para poder brindar una atención de salud con pertenencia cultural.

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

Lo relevante son los protocolos de derivación entre ambas tipos de salud, sin embargo lo relevante es la identidad indígena para poder los ámbitos de goce de la salud física, psíquica y espiritual, por ende, se hace necesario discutir los ámbitos de protección del derecho de seguridad social debido a que existen enfermedades propias de cada pueblo indígena que no acceden a beneficios de la licencia médica, a su vez, tales padecimientos sólo pueden ser tratados por la medicina ancestral, por eso no se comprenden la idea de complementariedad que estatuye la concepción de salud intercultural.

La actividad estatal sanitaria requiere revisar una serie normativa administrativa con la participación de los pueblos indígenas a fin de ampliar los ámbitos de protección del derecho a la salud desde una visión individual, familiar y comunitaria y considerando los factores geográficos.

**SEGUNDA PARTE DEL SISTEMATIZACIÓN**

En los siguientes párrafos se trabajará respecto a la propuesta de conceptos de la salud con pertinencia cultural, en tanto ello, y para agilizar al trabajo sólo se abordarán las definiciones y justificación será establecida por la mesa en cada definición.

Con todo, y considerando el tenor del título II del Reglamento, la mesa acordó que es relevante que en este punto se establezcan las afectaciones directas de este proceso de participación y consulta del referido reglamento.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 2º Definiciones

Artículo 4º. Para los efectos de este Reglamento se entiende por

**Asistencia religiosa o espiritual.** Es el acompañamiento y apoyo por parte de los agentes de los sistemas de sanación indígena, integrantes de su grupo familiar y comunitario a aquellas personas pertenecientes a pueblos indígenas que se encuentran internadas en los servicios de hospitalización. Dicho acompañamiento consistirá en brindar a la persona atención espiritual y cuidados durante su proceso de recuperación, sanación y buen morir, usando elementos terapéuticos, simbólicos y ceremoniales propios de cada pueblo.

* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDIGENAS:**

1. **ZONA CENTRO:**

**Asistencia religiosa o espiritual.** Es el acompañamiento y apoyo por parte de integrantes del grupo familiar y/o comunitario, tutor o facilitador intercultural, a aquellos usuarios pertenecientes a pueblos indígenas. Dicho acompañamiento consistirá en brindar a la persona atención espiritual y cuidados, durante su proceso de recuperación, sanación y/o buen morir. Los cuidados que se brinden, deben proporcionarse sin discriminación alguna y de acuerdo a los principios espirituales del pueblo al que pertenece el usuario.

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar:**

1. La cultura indígena del paciente.
2. **ZONA OCCIDENTE:** No hay definición y si hacen observaciones

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. La condición de autoridad religiosa o espiritual la otorgan las comunidades, asociaciones u otro tipo de organización indígena de cada territorio, no se debe entrar en requerimientos de validación desde la lógica institucional no indígena.
2. Se requiere incorporar un párrafo de resguardo reforzando la pertinencia cultural de las acciones de asistencia espiritual.
3. Se debe incorporar más claramente, en cuanto a redacción, la posibilidad de que no solo sean “autoridades como machi o lonko” exclusivamente, sino que también personas que ejerzan como gijatufe (orador ritual) en una familia o grupo de familias.
4. Provincia de Santiago: sin perjuicio de ratificar que la norma debe salvaguardar el derecho del paciente a designar quien lo visite.
5. **ZONA ORIENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia y no hace observaciones al respecto.

1. **ZONA NORTE**:

**Asistencia espiritual.** Es el acompañamiento y apoyo por parte de los agentes de los sistemas de sanación indígena, integrantes de su grupo familiar y comunitario a aquellas personas pertenecientes a pueblos indígenas que se encuentran internadas en los servicios de hospitalización. Dicho acompañamiento consistirá en brindar a la persona atención espiritual y cuidados durante su proceso de recuperación, sanación y buen morir, usando elementos terapéuticos, simbólicos y ceremoniales propios de cada pueblo.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

Respecto a la Asistencia Religiosa o Espiritual indica se debe eliminar la palabra “religiosas” quedando sólo el vocablo “Espiritual”, siendo más amplio de poder entender y comprender, ya que no todos los pueblos originarios tienen visión religiosa, no obstante, si espiritual.

1. **ZONA SUR:**

**Asistencia espiritual.** Es el acompañamiento y apoyo por parte de las personas de los sistemas de sanación indígena, integrantes de su grupo familiar y comunitario y/u organizaciones a aquellas personas pertenecientes a pueblos indígenas que se encuentran internadas en los servicios de hospitalización y en cada uno de los niveles de atención sanitaria. Dicho acompañamiento consistirá en brindar a la persona atención espiritual y cuidados durante su proceso de recuperación, sanación y buen morir, usando elementos terapéuticos, simbólicos y ceremoniales propios de cada pueblo, asimismo, previniendo que no se transgreda la espiritualidad del pueblo indígena y que no se provoque sufrimiento espiritual tanto a sus familiares como a la comunidad y/u organización.

Lo relevante es evitar que se provoque el sufrimiento espiritual, brindando un acompañamiento a la persona con atención espiritual y cuidados durante el proceso de recuperación, sanación y buen morir, utilizando elementos terapéuticos, simbólicos y ceremoniales propios de cada pueblo indígena.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

El derecho de salud de los pueblos indígenas tiene una estructura colectiva debido a que la concepción de enfermedad importa un desequilibrio individual, familiar y de la comunidad, por ello el acompañamiento debe consideran aquello, unido a lo anterior, la palabra religiosa es eliminada por inducir a un error en la concepción espiritual indígena.

1. **ZONA SUR ORIENTE:**

Asistencia espiritual indígena: Es una manifestación de la salud propia del cada pueblo indígena que entiende a la persona, esté enferma o no este enferma, desde su condición de ser humano vinculado con su familia, comunidad y territorio, en tanto ello, las personas indígenas tienen el derecho a recibir salud ancestral y practicas curativas y de sanación propia de su pueblo. Esta asistencia deberá ser brindada desde del embarazo, nacimiento, desarrollo de la vida, enfermedad y muerte tanto desde los agentes de salud de los sistemas de sanación indígena, como integrantes de su grupo familiar y comunitario.

La asistencia espiritual indígena debe ser respetuosa con la concepción de salud y enfermedad de cada pueblo indígena debiendo comprender al ser humano en armonía y equilibro en sus relaciones familiares y comunitarias, así también, con la naturaleza y medio ambiente desde la simbología física y espiritual.

La asistencia importa el fomento, la protección, recuperación y rehabilitación de la salud propia de cada pueblo.

La asistencia espiritual indígena consiste en toda acción que tenga por fin fomentar, proteger que las personas indígenas goce y ejerzan plenamente una salud espiritual, mental, psicológica y física, a su vez, una vez afectada por una enfermedad propia y/o occidental implica toda acción de recuperación y rehabilitación para que se restablezca su equilibrio personal, familiar y comunitario.

La asistencia espiritual indígena respetará la condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, territoriales del Pueblo Indígena, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales de dichos pueblos

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. La propuesta reglamentaria se estatuye desde la concepción de salud intercultural, inobservando el núcleo colectivo; en términos concretos, no se garantiza y protege efectivamente el derecho a la salud ancestral y a sus prácticas curativas y de sanación desde la concepción del derecho a la autonomía.
2. En otros términos, el derecho a la salud del Pueblo Indígena se estructura desde una óptica individual, familiar y comunitaria, a su vez, desde la integridad cultural y territorial de cada pueblo indígena a fin de a ampliar los ámbitos de respeto y protección en esta materia y de las prerrogativas fundamentales consagradas del Convenio Nro. 169 de la OIT y demás tratados.

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**“Asistencia religiosa y espiritual indígena”:** Es una manifestación de la salud propia de cada pueblo indígena que entiende a la persona, esté enferma o no este enferma, desde su condición de ser humano vinculado con su familia, comunidad y territorio, por lo que, las personas indígenas tienen el derecho a recibir salud ancestral, practicas curativas y de sanación propia de su pueblo. Esta asistencia deberá ser brindada desde la gestación y todas las etapas de la vida, como también en la enfermedad y muerte; tanto desde los agentes de salud de los sistemas de sanación indígena, como de los integrantes de su grupo familiar, comunidad y/u organización.

La asistencia religiosa y espiritual indígena debe ser respetuosa con la concepción de salud y enfermedad de cada pueblo indígena, debiendo comprender al ser humano en armonía y equilibro en sus relaciones familiares y comunitarias que se dan en estrecha vinculación con la naturaleza, territorio y medio ambiente, como también con las dimensiones simbólicas, físicas, psíquicas y espirituales de cada pueblo indígena.

La asistencia religiosa y espiritual indígena importa el fomento, la protección, recuperación y rehabilitación de la salud propia de cada pueblo.

La asistencia religiosa y espiritual indígena consiste en toda acción que tenga por fin fomentar, proteger que las personas indígenas gocen y ejerzan plenamente una salud espiritual, psíquica y física. Una vez afectada por una enfermedad propia y/u occidental conlleva toda acción de recuperación y rehabilitación para que se restablezca su equilibrio personal, familiar, comunidad y/u organización.

El prestador institucional público debe respetar la asistencia religiosa y espiritual indígena debiendo para ello considerar las circunstancias económicas, geográficas, territoriales, sociales, culturales, rurales y/o urbanas de cada pueblo indígena, a fin que cumpla con su rol garante de fomentar y proteger los métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales de dichos pueblos, por ende, no se podrá transgredir la religión y espiritualidad indígena, ni menos provocar efectos perniciosos y sufrimiento espiritual tanto a la persona y familiares como a la comunidad y/u organización.

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

La conceptualización del vocablo “religión” es más amplia desde la visión del mundo indígena, lo que lo diferencia del mundo occidental y si bien existen diversos elementos, estructuras y mundo simbólico que no se contienen en tal concepto, no es menos cierto que su significancia logra explicar algunos aspectos de la integridad cultural de cada pueblo indígena, en tanto ello, es necesario precisar que la palabra “religión” adquiere un contenido propio en cada pueblo originario, por ende, es relevante establecer que la aplicación de la definición en comento debe no sólo respetuosa con cada pueblo indígena sino que requiere comprender la diferencia cada uno de ellos.

Se adopta la palabra “religión” debido a que logra explicar aspectos de la integridad cultural de los pueblos indígenas, sin embargo, también adquiere una dimensión y significado propio en cada uno de esos pueblos. En este sentido, el primer concepto del artículo 4 es: “Asistencia religiosa y espiritual indígena”.

La propuesta reglamentaria se estatuye desde la concepción de salud intercultural, inobservando el núcleo colectivo; en términos concretos, no se garantiza y protege efectivamente el derecho a la salud ancestral y a sus prácticas curativas y de sanación desde la concepción del derecho a la autonomía.

En otros términos, el derecho a la salud del Pueblo Indígena se estructura desde una óptica individual, familiar y comunitaria, a su vez, desde la integridad cultural y territorial de cada pueblo indígena a fin de a ampliar los ámbitos de respeto y protección en esta materia y de las prerrogativas fundamentales consagradas del Convenio Nro. 169 de la OIT y demás tratados.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 2º Definiciones

**Artículo 4º.** Para los efectos de este Reglamento se entiende por

**Atención de salud con pertinencia cultural**. Es aquella relación respetuosa entre los equipos de salud y las personas pertenecientes a pueblos indígenas en el proceso de atención de salud, basada en el reconocimiento que estos hacen a la cultura, filosofías de vida, conceptos de salud-enfermedad y sistemas de sanación propios de los pueblos indígenas, para entregar servicios de salud integrales y de calidad.

La atención de salud con pertinencia cultural incorpora adecuaciones técnicas y organizacionales que los prestadores institucionales públicos realizan al proceso de atención en salud de las personas pertenecientes a pueblos indígenas, coherente con sus contextos culturales, epidemiológicos, geográficos, demográficos y sociales en que habitan y teniendo en cuenta la diversidad existente entre los propios pueblos indígenas.

Estas adecuaciones se traducen en un modelo de gestión que los prestadores institucionales públicos construyen con las instancias de participación indígena en salud, incorporando ajustes en sus procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales de todo tipo, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud de los pueblos indígenas.

1. **ZONA NORTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, pero hace observaciones al respecto, las son:

1. En pág. 7 del libro aparece “modelo de salud intercultural” (desde esto, existe modelo de salud huinca y modelo de salud indígena)
2. En pág. 11, artículo 7 refiere a prácticas en el Establecimiento de Salud, esto es transgredir a los médicos Indígenas, no pueden atender en consultorios, Hospitales, sino en espacio propio.
3. Párrafo 3º las capacitaciones deben ser desde los indígenas a los equipos de salud (Cosmovisión). Acá se incluye que los proyectos de capacitación se los ganan los Antropólogos profesionales, a veces winca. Desde esto, deberían ser profesionales validados por la comunidad en capacitaciones a equipos de salud.
4. Que nuevas organizaciones con sus agentes de salud sean incluidas en los programas de salud por las comunas.
5. Que se aumente los recursos para el buen funcionamiento de estas nuevos centro de salud indígena que se incluyan en los presupuestos comunales.
6. Inclusión y participación de las farmacias comunales con la medicina intercultural por personas con conocimiento mapuche.
7. Debería solo quedar estipulado “atención de salud”.
8. **ZONA ORIENTE:**

**Atención de salud con pertinencia cultural.** Es aquella relación respetuosa entre los equipos de salud y las personas pertenecientes a pueblos indígenas en el proceso de atención de salud, basada en el reconocimiento que estos hacen a la cultura, filosofías de vida, conceptos de salud-enfermedad y sistemas de sanación propios de los pueblos indígenas, para entregar servicios de salud integrales y de calidad.

La atención de salud con pertinencia cultural incorpora adecuaciones técnicas y organizacionales que los prestadores institucionales públicos realizan al proceso de atención en salud de las personas pertenecientes a pueblos indígenas, coherente con sus contextos culturales, epidemiológicos, geográficos, demográficos y sociales en que habitan y teniendo en cuenta la diversidad existente entre los propios pueblos indígenas.

Estas adecuaciones se traducen en un modelo de gestión que los prestadores institucionales públicos construyen con las instancias de participación indígena en salud, incorporando ajustes en sus procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales de todo tipo, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud de los pueblos indígenas. Se deberá además dotar y financiar de recursos humanos permanentes en los establecimientos de salud para capacitar a usuarios y funcionarios sobre los pueblos originarios.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

La capacitación y la educación respecto a los pueblos indígenas es relevante para ampliar los ámbitos de protección de estos pueblos, a su vez, permite prevenir la manifestación perniciosas de las estructurantes sociales, culturales, historias, económicas y políticas han provocado fenómenos de discriminatorios, de invisibilización y de etnofagia.

1. **ZONA CENTRAL:**

**Atención de salud con pertinencia cultural.** Es la entrega simbólica de atención de salud, al enfermo indígena, por parte de los prestadores institucionales públicos o privados, basada en la incorporación de la pertinencia cultural (cosmovisión) del usuario.

La atención de salud con pertinencia cultural incorpora adecuaciones técnicas, logísticas, financieras, económicas, de personal y organizacionales, que los prestadores institucionales públicos deben realizar al proceso de atención en salud, para las personas pertenecientes a pueblos indígenas, coherente con sus contextos culturales, epidemiológicos, geográficos, demográficos y sociales en que habitan; teniendo en cuenta su cosmovisión y determinantes sociales que los afectan.

Estas adecuaciones se traducen en un modelo de gestión estratégica (técnica, administrativa y organizacional), que los prestadores institucionales públicos construyen, en conjunto, con la participación incidente de los pueblos indígenas representados por organizaciones indígenas locales que trabajen en el área de salud, incorporando ajustes y/o modificaciones en sus procesos operacionales, administrativos y/o de gestión, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos de validación y/o medición, herramientas, y estrategias institucionales de todo tipo; con el propósito que éstas, puedan proporcionar de mejor manera, respuestas a las necesidades de salud de los pueblos indígenas y del Estado de Chile.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. Es una prestación de salud basada en la incorporación de la cosmovisión del enfermo perteneciente a PI.
2. Que la atención no dependa de las buenas voluntades de las personas que las atienden en el momento, sino que sea una exigencia.
3. Que haya un espacio adecuado, donde se atienda a los pobladores.
4. Respeto a los espacios utilizados por indígenas y chilenos.
5. Cosmovisión y determinantes sociales que más les afectan.
6. Que los pueblos participen y sea incidente en el modelo a construir.
7. **ZONA SUR ORIENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. La propuesta normativa del reglamento no contempla el sentido y alcance del artículo 25 del Convenio Nro. 169 de la OIT, como tampoco, los lineamientos de la Declaración de Naciones sobre Pueblos Originarios, debido a que regula las acciones de salud con elementos indígenas, en consecuencia, al no plasmar debidamente lo que preceptúa el artículo 25 del Convenio Nro. 169 OIT constituye una afectación directa a los Pueblos Indígenas.
2. Este reglamento en consulta al carecer del sentido y alcance del artículo 25 del Convenio Nro. 169 OIT, por lo tanto, es altamente probable que se invisualice a los Pueblos Indígenas y su conocimiento ancestral en salud, a su vez, se desnaturalice la manifestación colectiva de este derecho al no considerar la organización a nivel comunitario junto con la facultad de coadministración y el derecho de administración de centros y establecimientos bajo el control indígena, con pleno acceso a la salud ancestral y a la práctica de la propia medicina.
3. El reglamento puede importar un tratamiento homogéneo a los Pueblos Indígenas sin que se distinga la integridad cultural y/o territorial existente entre ellos.
4. En la actualidad hay diferentes experiencias comunitarias e individuales respecto a la “atención intercultural” en el sistema sanitario, no es menos cierto que existen en estas experiencias factores temporoespaciales, socioculturales e institucionales que implican que cada experiencia es única y no necesariamente puede constituirse en ejemplo referencia para replicarlo desatendiendo la integridad cultural y territorial de cada pueblo. En otras palabras, lo relevante es comprender y analizar estas experiencias a fin de mejorar los modelos de atención y para establecer los ejes críticos, de no ser así, es factible que se pueda establecer ámbitos de precariedad y/o conculcación derechos humanos de las personas indígenas, familia y/o comunidad del referido Pueblo Originario, a consecuencia de los procesos de asimilación, integración y/o de la etnofagía.
5. Lo anterior reafirma la necesidad de validar los conocimientos ancestrales de los Pueblos Originarios a fin de comprender las diferencias que permitan efectivamente el goce y ejercicio de derechos humanos. Lo que permitirá ampliar los ámbitos de respeto y protección de forma que establezcan un tratamiento diferenciado en igualdad de derechos en los diversos asuntos, tales como: el nacimiento y parto, tratamientos médicos frente algunas enfermedades, acompañamiento espiritual, atención del enfermo, tratamiento del cuerpo una vez acaecida la muerte tanto en los Establecimientos Sanitarios como en el Servicio Médico Legal y Cementerio y demás temas.
6. Existen prácticas médicas que no se ajustan a los protocolos indígenas, lo que se justifica desde canon legal y sanitario, no obstante ello, existir el deber de respetar y proteger el saber sanitario ancestral, como también, la integridad cultural de cada uno de los Pueblos Indígenas.
7. El derecho a la participación debe observarse en toda la estructura de la Autoridad Única Sanitaria, a su vez, se requiere respetar que el Comité sesione y funcione con la participación indígena con derecho a decir en el Comité de Ética de cada establecimiento de salud y/u hospitalario sea o no sea autogestionable.
8. **ZONA SUR:**

**Atención de salud con pertinencia cultural indígena.** Es aquella relación respetuosa entre los equipos de salud y las personas, familiares y comunidades pertenecientes a pueblos indígenas en el proceso de atención de salud, basada en el reconocimiento que estos hacen a la cultura, filosofías de vida, conceptos de salud, de enfermedad y sistemas de sanación propios de los pueblos indígenas, para entregar servicios de salud integrales y de calidad.

La atención de salud con pertinencia cultural indígena incorpora adecuaciones técnicas y organizacionales que los prestadores institucionales públicos realizan al proceso de atención en salud de las personas pertenecientes a pueblos indígenas, coherente con sus contextos culturales, epidemiológicos, geográficos, demográficos y sociales en que habitan y teniendo en cuenta la diversidad existente entre los propios pueblos indígenas.

Estas adecuaciones se traducen en un modelo de gestión que los prestadores institucionales públicos construyen con las instancias de participación indígena en salud, incorporando ajustes en sus procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales de todo tipo, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud de los pueblos indígenas.

En este sentido, la atención de salud con pertinencia cultural envuelve la facultad de contar centro y/o establecimiento de salud propios, asimismo que se realicen acciones de salud de promoción, protección, recuperación y rehabilitación que respete la integridad cultural y la salud propia de cada pueblo indígena, en tanto ello, tales acciones deben estructurarse y desarrollarse en condiciones de igualdad y con plena participación.

Los pueblos originarios podrán participar en el comité ética con pleno ejercicio del derecho a la participación.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. La “salud intercultural” ha sido empleada como un concepto sinónimo a la salud mapuche o de cualquier pueblo indígena, en tanto ello, no sólo se ha estatuido en un eje de tensión del quehacer sanitario, sino que ha inducido a equívocos respecto de la identidad e integridad cultural indígena al desconocer que ciertas prácticas constituyen transgresiones espirituales que conllevan padecimientos a nivel individual, familiar y colectivo. Es decir, bajo la óptica del derecho a la integridad cultural la actividad sanitaria con tintes indígenas constituye en sí mismo un fenómeno de asimilación e invisibilización de aspectos culturales y de la relación territorial en su dimensión tempoespacial material, inmaterial y espiritual, a su vez, implica que la salud intercultural se ha estructurado desde la lógica de la inclusión sin respetar la diferencia, ni menos se funda en el enfoque de los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas.
2. En este sentido, queda patente que la estructura del reglamento no contempla el derecho de los pueblos originarios para administrar y controlar centro y/o establecimientos de salud, tampoco que dichos pueblos detentan el derecho a la salud ancestral y su práctica en igual condición que la salud occidental.
3. El reglamento se estructura desde la lógica de prestar un servicio de salud adecuado, es decir, es una regulación parcial del derecho a la salud de los Pueblos Indígenas, lo que conlleva a no resguardar esta prerrogativa desde el núcleo colectivo.

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Atención de salud con pertinencia cultural indígena.** Es el derecho que detentan todas las personas, familias, comunidades, asociaciones y/u organizaciones de cada pueblo indígena a acceder y recibir oportunamente las acciones de salud de fomento, protección, recuperación y rehabilitación tanto de la salud propia, métodos de sanación y curativos ancestrales de su pueblo indígena como de la salud que desarrolla la autoridad única sanitaria.

Toda persona tiene derecho a que la atención de salud con pertinencia cultural indígena sea entregada en centros y establecimientos de salud administrados y controlados autónomamente por las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de su pueblo indígena, por ende, y para que esto sea posible la autoridad única sanitaria tendrá la obligación de proporcionar los recursos humanos, materiales y económicos a tal pueblo.

La autoridad única sanitaria a fin de asegurar el derecho establecido en el inciso anterior debe facilitar y entregar todos los recursos humanos, materiales, económicos para la construcción de centros y establecimientos de acuerdo a la integridad cultural y territorial de cada pueblo indígena y deberá establecer las vinculaciones estratégicas con el intersector ministerial respectivo o con el Ministerio de Bienes Nacionales con el objeto de alcanzar estos fines. Estos centros y establecimientos deben ser entregados en dominio a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de cada pueblo indígena.

El prestador institucional público administrara en conjunto con los pueblos indígenas los establecimientos sanitarios a fin de garantizar y proteger el derecho a la participación, por consiguiente, se ajustará la normativa administrativa a fin de asegurar este derecho.

La atención de salud con pertinencia cultural indígena importa para el prestador institucional público la obligación de evitar y erradicar toda mala práctica en la actividad sanitaria que conlleve tanto una transgresión a la integridad cultural y territorial como las que signifiquen la asimilación, invisibilización y fenómenos de etnofagia en perjuicio de las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de cada pueblo indígena, cuya obligatoriedad se extiende a los funcionarios de salud en su conjunto, tales como: médico, enfermera y demás personal sanitario.

La atención de salud con pertinencia cultural indígena debe incorporar transformaciones técnicas y organizacionales de modo tal que los prestadores institucionales públicos ejecuten el proceso de atención en salud de las personas pertenecientes a pueblos indígenas, en forma coherente con sus contextos culturales, epidemiológicos, geográficos, demográficos y sociales en que habitan y teniendo en cuenta la diversidad existente entre los propios pueblos indígenas.

Estas transformaciones se traducen en un modelo de gestión que los prestadores institucionales públicos construyen con las instancias de participación indígena en salud, incorporando modificaciones pertinentes en sus procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales de todo tipo, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud de los pueblos indígenas.

Los pueblos originarios podrán participar en el comité ética con pleno ejercicio del derecho a la participación.

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

La ley 20.584 establece los derechos y deberes del paciente, en tanto ello, es relevante comprender que la atención con pertinencia cultural indígena es un derecho del paciente, familia y de la comunidad, asociales y/u organizaciones indígenas que requiere ser asegurado por todo prestador institucional público sin que este supeditada al número de habitantes en el territorio jurisdiccional, aún más, sería absolutamente nocivo para los ámbitos de goce y ejercicio de derechos humanos de las personas indígenas quedara supeditado a la facultad discrecional de la autoridad única de salud.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 2º Definiciones

**Artículo 4º.** Para los efectos de este Reglamento se entiende por

**Facilitador Intercultural:** Es aquella persona indígena que se desempeña como nexo mediador entre el prestador institucional público, las personas, familias y comunidades indígenas. Así mismo es un nexo entre estos actores y los sistemas de sanación indígenas. Conoce la cultura propia de su pueblo, mantiene vínculos con su comunidad de origen y/u organizaciones, es hablante de su lengua originaria de acuerdo a la realidad territorial.

El facilitador intercultural mantiene un vínculo contractual con el prestador institucional público, se desempeña como funcionario en los establecimientos de la red asistencial y forma parte del modelo de salud intercultural.

El facilitador intercultural mantiene un vínculo contractual con el prestador institucional público, se desempeña como funcionario en los establecimientos de la red asistencial y forma parte del modelo de salud intercultural.

1. **ZONA SUR ORIENTE**

**Facilitador Intercultural:** Es aquella persona indígena que se desempeña como nexo mediador entre el prestador institucional público, las personas, familias y comunidades, indígenas. Asimismo es un nexo entre estos actores y los sistemas de sanación indígenas, como también con las personas, familias no indígenas. Conoce la cultura propia de su pueblo, mantiene vínculos con su comunidad de origen, asociaciones y organizaciones indígenas, es hablante de su lengua originaria de acuerdo a la realidad territorial.

El facilitador intercultural mantiene un vínculo contractual, continuo y permanente que observe condiciones laborales dignas en cuanto a la remuneración, infraestructura, asimismo, debe cumplirse la normativa de seguridad social, el Convenio Nro. 169 de la OIT y demás tratados internaciones.

El facilitador intercultural debe ser validado por su comunidad de origen, asociaciones y organizaciones indígenas, esto significa que debe cumplir con la competencia de su rol, funciones y cuenta con la confianza de dichas comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas, en tanto ello, no podrá ser removido de su cargo por decisión unilateral del prestador institucional público.

Esta relación contractual es sostenida con el prestador institucional público y desarrollará sus funciones en los establecimientos de la red asistencial y forma parte del modelo de salud intercultural, asimismo, el prestador institucional debe observar condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales e identidad territorial de cada Pueblo Indígenas, además, debe asegurar que el facilitador pueda ejercer su rol y funciones.

La remuneración del facilitador intercultural debe asimilable al grado ocho de Escala Única de Sueldos Decreto Ley N° 249 de 1973, como también al grado ocho de la Ley Nro. 20.883 que establece la Escala de Sueldos Base y Asignaciones de los Funcionarios Municipales. El facilitador intercultural no requiere tener estudios técnicos y profesionales, tampoco requiere educación formal, sino que debe tener un conocimiento de medicina, cultura, lengua, técnicas de sanación y curativas de cada pueblo indígena, como asimismo, habilidades bandas.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. El derecho a la adecuación de la actividad sanitaria a la integridad cultural y territorial de los pueblos indígenas, lo que evitará que se vulnere por acción y/u omisión los derechos humanos de las personas indígenas.
2. Se hace indispensable considerar las experiencias del PESPI y de las organizaciones indígenas que han trabajado en la salud ancestral y sus prácticas curativas a fin de no repetir experiencias que no han reportado beneficio, sino que han replicado mecanismos de integración e invisibilización de las identidades y saberes indígenas.
3. Se requieren que se establezca mesas de trabajo que permitan evaluar la implementación del reglamento y los nudos críticos. Con esto se podrá garantizar que las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas puedan accionar con plena sujeción al derecho de participación.
4. El reglamento no contempla en forma clara y precisa de qué forma se ejercerá el derecho de participación en las instancias de toma de decisión, menos en el comité de ética
5. **ZONA ORIENTE:**

**Facilitador Intercultural:** Es aquella persona indígena que se desempeña como nexo mediador entre el prestador institucional público, las personas, familias y comunidades indígenas. Asimismo es un nexo entre estos actores y los sistemas de sanación indígenas. Conoce la cultura propia de su pueblo, su cosmovisión y tradiciones, mantiene vínculos con su comunidad de origen, asociaciones u organizaciones y es validado por éstas, es hablante de su lengua originaria de acuerdo a la realidad territorial, o bien mantiene conocimientos básicos de ésta.

El facilitador intercultural mantiene un vínculo contractual con el prestador institucional público, se desempeña como funcionario en los establecimientos de la red asistencial y forma parte del modelo de salud intercultural.

**Asesor Intercultural.** Deben ser personas que pertenezcan a la comunidad y/o asociaciones y ser validados por estas como representantes de su cultura. Su rol es de coordinación territorial y deben formar parte del equipo técnico que planifica, monitorea y evalúa los planes de salud y pueblos indígenas del Servicio de Salud. En el marco de sus funciones le corresponde interpretar las necesidades, demandas y propuestas que formulan los pueblos originarios a nivel territorial. Su perfil es de conocedor básico del idioma o lengua del pueblo indígena al cual pertenece, así como su cosmovisión y tradiciones, con trayectoria en organizaciones y/o asociaciones indígenas, habilidades de negociación, liderazgo y compromiso. Se deberá además formar continuamente a la persona seleccionada.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

Las comunidades, asociaciones y comunidades indígenas señalan que se hace necesario crear un nuevo cargo a fin de asegurar que el goce pleno y ejercicio del derecho a la atención de salud con pertinencia cultural, lo que se funda en las múltiples funciones que debe realizar el facilitador intercultural y que finalmente merma su labor.

1. **ZONA SUR:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia y hacen observaciones considerando el tenor de la definición y son:

1. Respecto de la relación contractual constituye un punto de tensión debido a la estructura jerárquica de los prestadores institucionales públicos, en consecuencia, el facilitador deberá responder a las necesidades de las comunidades y organizaciones de los Pueblos Originarios y a los requerimientos institucionales, por tanto, es altamente factible que se genere más de un conflicto de intereses al no estar debidamente protegida la labor del facilitador frente a la normativa administrativa.
2. La precariedad de la relación laboral no asegura que exista seguridad, estabilidad laboral ni menos que se cumpla plenamente la función que debe desempeñar el facilitador intercultural. Por lo demás, en el evento que el vínculo laboral sea precario puede conllevar que los cambios a nivel local, comunal, regional y/o nacional implique alterar las funciones y responsabilidades del facilitador intercultural, lo cual, se agudiza con cambios a nivel político, estructurales, presupuestarios entre otros factores.
3. Se observa que resulta relevante la función que desempeña el facilitador intercultural, sin embargo, en los hechos al no contar con una estructura administrativa que le asegure contar con los recursos materiales e inmateriales que le permitan desempeñar su función es altamente factible que resulte ineficaz su accionar, a su vez, queda de manifiesto que tampoco se le garantiza y respeta la debida autonomía, lo que también se observa respecto a los Pueblos Originarios en materia de salud. En consecuencia, la realización de cada una de sus funciones quedará supeditada a la autoridad sanitaria y/o de otra índole por carecer de tales recursos que le permitan desempeñar fielmente su función y labor.
4. Se hace necesario que el facilitador no sólo sea validado por las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de los Pueblos Originarios, sino que ellas puedan participar en la formulación y redacción de las bases del concurso, tramitación del proceso de selección y nombramiento, lo que necesariamente implica que las comunidades y organizaciones de los Pueblos Originarios detenten de derecho a voz y voto en cada una de aquellas etapas con pleno apego al derecho a la autonomía.
5. Que el vínculo contractual del Facilitador Cultural implique dependencia y subordinación a la autoridad pública (ministerial, municipal, etc.) necesariamente tienen estatus de funcionario público, en tanto ello, puede ser destinado a realizar otras funciones y labores que no son propias de su cargo, por ello el reglamento debiera prohibir que esto sea posible, asimismo, que desarrolle actividades partidista durante la jornada laboral.
6. Es necesario extender los beneficios previsionales y de seguridad por accidente laboral a los dirigentes que se dedican a la salud intercultural, asimismo, mejorar las condiciones laborales de los facilitadores interculturales para que puedan ejercer sus funciones y cumplir con cada uno de los objetivos de su rol, a fin de evitar que se destine recursos de otros programas o líneas presupuestarias para lograr que en algunos servicios existan facilitadores interculturales.
7. La realidad actual ha importado que la existencia del facilitador intercultural en el servicio sanitario quede al arbitrio de la autoridad en cuestión, asimismo, los ámbitos de su quehacer no siempre son comprendidos y validados por el sistema de salud.
8. Considerando los artículos 24 y 25 del Convenio Nro. 169 de la OIT resulta necesario relacionarlos con la definición de facilitador intercultural, sus funciones y obligaciones, como también, con sus derechos, ya que el reglamento nada dice al respecto.
9. Cabe indicar que por el rol del facilitador intercultural, unido al derecho a la participación de los Pueblos Indígenas, es fundamental tener incidencia en el Comité de Ética.
10. **ZONA OCCIDENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia y no hace observaciones al respecto.

1. **ZONA CENTRAL:**

**Facilitador Intercultural**. Es aquella persona indígena, debidamente acreditada y validada por la Ley 19.253, letra a) o b), que se desempeña como nexo mediador entre el prestador institucional público, las personas, familias y comunidades indígenas. Así mismo es un nexo entre estos actores y los sistemas de sanación indígenas. Conoce la cultura propia de los pueblos, mantiene vínculos con su comunidad de origen y/u organizaciones, con conocimientos básicos, a lo menos, de alguna lengua de pueblo originario en Chile, de acuerdo a la realidad territorial.

El facilitador intercultural mantiene un vínculo contractual con el prestador institucional público, se desempeña como trabajador en los establecimientos de la red asistencial y forma parte del modelo de salud intercultural.

El Estado tiene la obligación de desarrollar mecanismos necesarios y suficientes, en conjunto con los pueblos indígenas vigentes en el país, que permitan validar y acreditar correctamente, a los indígenas existentes en Chile.

Será responsabilidad del Estado Chileno, a través de sus diferentes mecanismos, salvaguardar la correcta acreditación y validación de los ciudadanos pertenecientes a los distintos pueblos originarios.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. El indígena beneficiario debe estar debidamente acreditado.
2. La exigencia del dominio de la lengua al profesional, debe quedar fijada en su nivel básico, como mínimo., producto de la realidad actual.
3. Su rol debe ser exclusivo para tareas de propias de atención de salud intercultural.
4. El facilitador no debe ser funcionario público.
5. **ZONA NORTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. Validar importancia del Rol del Asesor cultural como contraparte al médico tradicional.
2. El o la facilitadora se trasformaría en un funcionario más del sistema, por lo que se necesita que sea un facilitador indígena.
3. El sistema alópata de salud debe reconocer como sistema de salud indígena valido para el bienestar de las personas, sin intervenir en su estructura, cosmovisión agentes de salud y forma.
4. Presencia del paciente cuando está enfermo.
5. Nexo entre Doctor—Lawentuchefe en:
   1. Hablante mapudungun.
   2. Conocimiento.
6. Estructura de Hospital - Cesfam - Ruka en lugares de atención, donde la infraestructura se adecúe a la medicina indígena, no al revés.
7. Visitas Domiciliarias, con acercamiento por parte de la machi o la Lawentuchefe, así como se hace con los médicos alópatas.
8. Que los agentes, centros de salud indígena y facilitadores interculturales sean llamados e incluidos en la participación de los consejos de salud comunales (para ser incluidos en el presupuesto de salud y en la toma de decisiones).
9. Modificación del sistema.
10. Ampliar la participación de Machi en medicina.

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Facilitador con pertinencia cultural indígena.** Es aquella persona indígena que se desempeña como nexo mediador entre el prestador institucional público, los equipos multidisciplinarios de salud y las personas, familias, comunidades, asociaciones y/u organizaciones de su pueblo indígena, como también con las personas y familias no indígenas; asimismo es un nexo entre estos actores con los centros y establecimientos de salud propia y los sistemas de sanación indígenas.

La labor de nexo mediador supone que el facilitador con pertinencia cultural indígena asesora al equipo multidisciplinario de salud en la atención de servicios sanitarios, por lo tanto, el prestador institucional público deberá asegurar que existan los facilitadores que resulten necesario para asegurar la atención de salud con pertinencia cultural indígena debiendo existir estos por cada pueblo en la red de salud en cada uno de los niveles.

El facilitador con pertinencia cultural indígena mantiene un vínculo contractual, continúo y permanente con el prestador institucional público, por ende, gozará y tendrá derecho a condiciones laborales dignas y de seguridad social. En este sentido, el prestador institucional público debe asegurar que el facilitador con pertinencia cultural indígena cuente con los insumos e infraestructura que requiera para la realización efectiva de sus funciones.

La vinculación contractual referida debe fundarse en el Convenio Nro. 169 de la OIT y demás tratados internacionales de derechos humanos, por consiguiente, el facilitador con pertinencia cultural indígena debe ser da la confianza de los pueblos y la designación de estos se realizará autónomamente por las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de su pueblo indígena.

El facilitador con pertinencia cultural indígena debe ser validado por su comunidad de origen, asociaciones y organizaciones indígenas, esto significa que debe cumplir con la competencia de su rol, funciones y cuenta con la confianza de dichas comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas, en tanto ello, no podrá ser removido de su cargo por decisión unilateral del prestador institucional público.

Esta relación contractual es sostenida con el prestador institucional público y desarrollará sus funciones en los establecimientos de la red asistencial, forma parte del modelo de salud intercultural y debe estar asegurado que ejerza su rol y funciones no pudiendo destinarlo a otras actividades que no le son propias.

La remuneración del facilitador con pertinencia cultural indígena debe asimilarse 800.000 líquidos al grado \_\_\_\_ de Escala Única de Sueldos Decreto Ley N° 249 de 1973, como también al grado \_\_\_\_ de la Ley Nro. 20.883 que establece la Escala de Sueldos Base y Asignaciones de los Funcionarios Municipales. El facilitador con pertinencia cultural indígena no requiere educación formal, sino que debe tener un conocimiento de medicina, cultura, lengua, técnicas de sanación y curativas de su pueblo indígena, como asimismo, debe tener habilidades blandas.

El prestador institucional público debe capacitar de manera continua a los facilitadores interculturales.

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

La propuesta tiene por objeto conceptualizar y establecer las condiciones óptimas para que la persona que se desempeñe como facilitador con pertinencia cultural indígena cuente no sólo con las condiciones laborales y de seguridad social se ajusten a la normativa nacional y al Convenio Nro. 169 de la OIT, asimismo, es necesario dejar sentado que el vínculo contractual debe fundarse en este tratado internacional y que debe contar con la confianza de las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas, no pudiendo el prestador institucional público apartarlo de sus funciones en forma unilateral.

El vínculo contractual al estar fundado en el Convenio Nro. 169 de la OIT importa que se deben redactar en dicho sentido, a su vez, que prima esta norma frente al derecho interno.

**TERCERA PARTE DEL SISTEMATIZACIÓN**

La mesa de sistematización no sólo proponer un concepto de facilitador con pertinencia cultural indígena, sino que introdujo conceptos inéditos a fin de fortalecer los ámbitos de goce del derecho de la salud según preceptúa el artículo 25 del Convenio Nro. 169 de la OIT, a su vez, para fortalecer el derecho a la salud con pertinencia cultural indígena y se propone la creación de una institución nueva, y tales definiciones son:

1. Asesor con pertinencia cultural indígena.
2. Salud con pertinencia cultural indígena.
3. Enfermedad propia.
4. Casa de acogida con pertinencia cultural indígena.
5. Consejo indígena en salud.
6. Departamento de atención al usuario indígena.

**Asesor con pertinencia cultural indígena.** Es aquella persona indígena que ejerce funciones de liderazgo, coordinación, gestión, planificación, evaluación, asesoría cultural y territorial relacionado con los sistemas de salud indígena y servicios de salud apropiados, por ende, el prestador institucional público y los equipos multidisciplinarios de salud debe proporcionar las condiciones y recursos para ejerza en forma real y efectiva sus funciones.

En todo prestador institucional público debe existir un asesor con pertinencia cultural indígena y en cada nivel de la red de salud.

El asesor con pertinencia cultural indígena integra y forma parte de los equipos multidisciplinarios de salud que funciona al interior del prestador institucional público, asimismo, es miembro junto a los representantes indígenas del Comité de Ética.

La labor del asesor con pertinencia cultural indígena supone la de coordinar el trabajo y actividades de los facilitadores con pertinencia cultural indígena, la de estos con los equipos multidisciplinarios de salud, como también entre estos actores con los centros y establecimientos de salud propia y los sistemas de sanación indígenas.

El asesor con pertinencia cultural indígena en el ejercicio de sus funciones debe planificar, monitorear y evaluar los planes de salud relativos a los pueblos indígenas del Servicio de Salud respectivo. En el marco de sus funciones le corresponde recoger e identificar las necesidades, demandas y propuestas que formulan las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de los pueblos indígenas a nivel territorial para que mejorar la calidad de las prestaciones de salud apropiados y establecer las mejoras en los modelos de salud con pertinencia cultural indígena, por lo tanto, el prestador institucional público debe proporcionar los recursos humanos, materiales y económicos que le permitan cumplir con cada una de sus funciones.

El prestador institucional público debe capacitar de manera continua a cada asesor con pertinencia cultural indígena que se desempeñen en su territorio jurisdiccional.

El asesor con pertinencia cultural indígena mantiene un vínculo contractual, continúo y permanente con el prestador institucional público, por ende, gozará y tendrá derecho a condiciones laborales dignas y de seguridad social. En este sentido, el prestador institucional público debe asegurar que el asesor con pertinencia cultural indígena cuente con los insumos e infraestructura que requiera para la realización efectiva de sus funciones.

La vinculación contractual referida debe fundarse en el Convenio Nro. 169 de la OIT y demás tratados internacionales de derechos humanos, por consiguiente, el asesor con pertinencia cultural indígena debe ser da la confianza de los pueblos y la designación de estos se realizará autónomamente por las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de su pueblo indígena.

El asesor con pertinencia cultural indígena debe ser validado por su comunidad de origen, asociaciones y organizaciones indígenas, esto significa que debe cumplir con la competencia de su rol, funciones y cuenta con la confianza de dichas comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas, en tanto ello, no podrá ser removido de su cargo por decisión unilateral del prestador institucional público.

Esta relación contractual es sostenida con el prestador institucional público y desarrollará sus funciones en los establecimientos de la red asistencial, forma parte del modelo de salud con pertinencia cultural indígena y debe estar asegurado que ejerza su rol y funciones no pudiendo destinarlo a otras actividades que no le son propias.

La remuneración del asesor con pertinencia cultural indígena debe asimilarse 1.000.000 líquidos al grado ocho de Escala Única de Sueldos Decreto Ley N° 249 de 1973, como también al grado ocho de la Ley Nro. 20.883 que establece la Escala de Sueldos Base y Asignaciones de los Funcionarios Municipales. El asesor con pertinencia cultural indígena no requiere educación formal, sino que debe tener un conocimiento de medicina, cultura, lengua, técnicas de sanación y curativas de su pueblo indígena, como asimismo, debe tener habilidades blandas, de negociación, liderazgo, compromiso y con trayectoria en comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas.

**Salud con pertinencia cultural indígena.** Es una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, equidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo la identidad e integridad cultural y territorial propia de cada pueblo indígena, lo que implica el derecho a la salud ancestral, acceso a ella y a su práctica de sanación.

En este sentido las personas, comunidad y asociaciones tendrán derecho a las prácticas curativas ancestrales, entendiendo que tales conocimientos pertenecen al pueblo indígena, por tanto, las formas de sanación y saberes curativos deben ser otorgados y manejados por personas que detenten el conocimiento prácticos y de sabiduría espiritual indígena que les permiten sanar a nivel físico, mental y espiritual respetando los espacios sagrados y el territorio material e inmaterial.

La salud con pertinencia cultural indígena implica el derecho a organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física, mental y espiritual, asimismo, este derecho conlleva el acceso y la práctica de los métodos de prevención, prácticas curativas, medicinas ancestrales, medicamentos ancestrales, hierbas medicinales e integridad territorial de cada pueblo indígena, también implica el derecho a que el conocimiento de sanación ancestral forma parte del patrimonio material e inmaterial de cada pueblo Indígena, por ende, no puede ser objeto de comercio humano ni patentizable.

No constituye salud con pertinencia cultural indígena todo acto, atención y/o intervención sanitaria que importe desconocer, invisibilizar, asimilar, integrar y de fenómenos de etnofagia que desconozca identidades, integridad cultural, y cosmovisión de los Pueblos Originarios.

**Enfermedad propia.** Es la ruptura de la armonía y del equilibrio en las relaciones que se manifiestan en la distintas situaciones, sean de carácter individual, familiar y/o comunidad por una transgresión espiritual, al medio ambiente, integridad cultural y territorial que provocan un padecimiento físico, psicológico, mental y/o espiritual a la persona, familia y/o comunidad, por tanto, el prestador institucional debe garantizar, proteger y asegurar que las personas, familia y comunidad reciban atención de salud ancestral y métodos curativos ancestrales para tratar dichas enfermedades.

Centro y establecimiento administrados y controlados autónomamente por los Pueblos Indígenas: Son recintos que cuentan con insumos e infraestructura con pertinencia cultural indígena donde los pueblos indígenas a través de sus comunidades, asociaciones y/u organizaciones brindan acciones de salud, practican métodos curativos y de sanación ancestral que cuentan con recursos humanos, materiales y económicos de forma que puedan gozar del máximo nivel de salud física, mental y espiritual.

El Estado de Chile debe garantizar y proveer tales recursos, asimismo, salvaguardar que las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas administren y controlen autónomamente estos establecimientos.

**Casa de acogida con pertinencia cultural indígena.** Es un recinto con pertinencia cultural indígena cuya finalidad es brindar alimentación, alojamiento y transporte a la persona, familiares y comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas que requieren ser asistidas por un padecimiento y/o enfermedad de manera tal que reciba servicios de salud adecuados tanto ambulatorio como ingreso a un hospitalario, así también a las personas, familiares y miembros de la comunidad, asociaciones y/u organizaciones indígenas que acompañen al enfermo. En caso que en el territorio jurisdiccional del prestador institucional público no existiese casa de acogida indígena debe el Estado de Chile asegurar que la persona, familiares y comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas accedan a los servicios de alimentación, alojamiento y transporte mientras duren servicios de salud.

La casa de acogida indígenas serán administradas y controlada autónomamente por las comunidad, asociaciones y/u organizaciones de cada pueblo indígena.

**Consejo indígena en salud.** Es un órgano consultivo, fiscalizador y resolutivo, encargado de velar por el cumplimiento de la política salud con pertinencia cultural indígena, del cumplimiento del presente reglamento, Ley 20.584 y demás normas pertinentes, cuyo instrumento jurídico rector es el Convenio 169 de la OIT y demás normas del Derecho Internacional sobre derechos humanos.

Este consejo debe asesorar durante la ejecución de los planes de la salud con pertinencia cultural indígena, de oficio o a petición de parte, a fin de prestar asesoría jurídica técnica en la ejecución de esos planes de salud. Será además el órgano encargado de resolver contiendas que se presenten durante la aplicación de este Reglamento.

El ámbito de acción territorial de este órgano será a nivel nacional y existirá a nivel regional el Subconsejo Indígena en Salud, este órgano es consultivo, fiscalizador y resolutivo a nivel regional respecto a todos los asuntos relativos a la salud con pertinencia cultural indígena, asimismo, es el encargado de instaurar representación a nivel local y/o comunal y cuyas facultades orgánicas y constitución estará determinado en la Ley creada especialmente para este fin.

El consejo indígena de salud, los subconsejos junto a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de los pueblos indígenas rendirán cuenta pública en el mes de marzo de cada año respecto al presupuesto y planes de la salud con pertinencia cultural indígena.

**Departamento de atención al usuario indígena.** Es un equipo compuesto por los facilitadores y/o asesores con pertinencia cultural indígena según sea el caso, apoyados por un profesional de las ciencias sociales y/o de la salud, su ámbito territorial estará compuesto por un Departamento a nivel de Servicio de Salud y un Departamento en cada establecimiento de atención hospitalaria. El número de personas que conformarán dicho Departamento no será inferior a 3 funcionarios, dependiendo del establecimiento de salud en el cual presten sus servicios.

**CUARTA PARTE DEL SISTEMATIZACIÓN.**

En los párrafos sucesivos se abordaran de conceptos de la salud que contiene el reglamento, con pertinencia cultural, en tanto ello, y para agilizar al trabajo sólo se abordarán las definiciones y justificación será establecida por la mesa en cada definición.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 2º Definiciones

Artículo 4º. Para los efectos de este Reglamento se entiende por

**Modelo de salud intercultural:** es la forma en que los equipos de salud de manera conjunta con los pueblos indígenas diseñan, organizan, implementan, evalúan y actualizan la gestión del establecimiento de salud, con la finalidad de adecuarlo culturalmente, articulándose y complementándose con los sistemas de sanación de los pueblos indígenas para mejorar las condiciones de salud de las personas y comunidades indígenas, favoreciendo el mejor estado de bienestar posible en la perspectiva de sus concepciones de “vida buena” o “buen vivir”.

Un modelo de salud intercultural se desarrolla de manera diversa según el contexto y las características de los pueblos indígenas que se encuentran en la jurisdicción del establecimiento de salud, lo que le da su especificidad. Comparte y profundiza los principios del modelo de atención integral en salud abordando la diversidad cultural de los pueblos indígenas en dicho modelo.

* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDIGENAS:**

1. **ZONA SUR ORIENTE**:

**Modelo de salud intercultural.**  Es la forma en que los equipos de salud de manera conjunta con los pueblos indígenas diseñan, organizan, implementan, evalúan y actualizan la gestión del establecimiento de salud, con la finalidad de adecuarlo culturalmente, articulándose y complementándose a los principios rectores de igualdad y no discriminación, integridad cultural y libre determinación de los Pueblos Indígenas, así también, con los sistemas de sanación de los pueblos indígenas para mejorar las condiciones de salud de las personas y comunidades indígenas, no indígenas, favoreciendo el mejor estado de bienestar posible en la perspectiva de sus concepciones de “vida buena” o “buen vivir”.

El modelo de salud intercultural debe adecuarse a las cuestiones de fondo respecto de la situación de salud de las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas, en particular, a las determinantes estructurales, históricas y socioculturales que influyen en la salud de los pueblos indígenas, por tanto, el modelo de salud intercultural no podrá asimilar, integrar e invisibilizar las identidad e integridad cultural de cada pueblo indígena.

Un modelo de salud intercultural se desarrolla de manera diversa según el contexto y las características de los pueblos indígenas que se encuentran en la jurisdicción del establecimiento de salud, lo que le da su especificidad. Comparte y profundiza los principios del modelo de atención integral en salud abordando la diversidad cultural de los pueblos indígenas en dicho modelo.

El modelo de salud intercultural supone la existencia equipos técnicos y profesionales que trabajen a favor de las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas, quienes serán sus mandantes con recursos materiales, inmateriales y económicos que provea el prestador institucional público.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. El tenor del artículo 25 del Convenio 169 de la OIT establece el contenido del derecho de la salud de los pueblos indígenas, por consiguiente el modelo de salud intercultural debe enmarcarse en el sentido y alcance de esta norma internacional. En caso contrario, el reglamento implica una afectación directa a los derechos humanos de los pueblos indígenas.
2. La definición de salud intercultural del Estado de Chile necesariamente conlleva que la aplicación de su articulado en concreto será restrictivo y parcial al no establecer obligaciones estatales en materia de salud indígena la que se yergue en el derecho a la libre determinación y desde la lógica colectiva.
3. La definición en comento puede implicar que la salud ancestral y sistema de salud indígena in se termine asimilarla al sistema sanitario chileno, lo que en sí mismo una de las consecuencias de la etnofagia y que explica que se haya omitido las obligaciones estatales de promoción, fomento, respeto y protección a la salud ancestral y sus prácticas curativas.
4. En este sentido, la salud de los Pueblos Indígenas que consagra el Convenio Nro. 169 OIT obliga al Estado de Chile no sólo a velar por que se pongan a disposición del Pueblo Mapuche servicios de salud adecuados, sino que además que a proporcionar los medios que permitan a estos pueblos a organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental, incluso la espiritual.
5. **ZONA ORIENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia y no hace observaciones al respecto.

1. **ZONA SUR:**

**Modelo de salud intercultural.** es la forma en que los equipos de salud de manera conjunta con los pueblos indígenas construyen, organizan, implementan, evalúan y actualizan la gestión del establecimiento de salud, con la finalidad de adecuarlo culturalmente, articulándose y complementándose con los sistemas de sanación de los pueblos indígenas para mejorar las condiciones de salud de las personas y comunidades indígenas, favoreciendo el mejor estado de bienestar posible en la perspectiva de sus concepciones de “vida buena” o “buen vivir”.

Los pueblos originarios tendrán derecho a participar en igualdad de condiciones en la estructuración del modelo de salud intercultural, asimismo, la validez del modelo de salud intercultural requiere de la participación constante y parmente de cada uno de los Pueblos Indígenas existente el territorio de la jurisdicción del Servicio de Salud respectivo.

Un modelo de salud intercultural se desarrolla de manera diversa según el contexto y las características de los pueblos indígenas que se encuentran en la jurisdicción del establecimiento de salud, lo que le da su especificidad. Comparte y profundiza los principios del modelo de atención integral en salud abordando la diversidad cultural de los pueblos indígenas en dicho modelo.

Se requiere asegurar y proteger el derecho de participación activa con derecho a voz y voto de los Pueblos, asimismo, no puede desentenderse que el derecho a la salud es colectivo, en tanto ello, se debe fomentar, asegurar y proteger que los Pueblos Originarios detentan la facultad de administrar y controlar centro de salud, por ello se debe contar con recursos propios y técnicos.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. El modelo de salud intercultural no se condice con la oración “atención de salud con pertinencia cultural” del artículo 7° de la Ley Nro. 20.584, ni menos con el sentido y alcance de estas definiciones.
2. Este concepto se estructura desconsiderando los sistemas de salud indígena lo que no se condice con lo mandatado por el Convenio Nro. 169 de la OIT, unido a que existen en la propuesta incongruencias en las definiciones y articulado del reglamento, lo que dificultaría su aplicación o bien conllevaría a establecer una interpretación restrictiva.
3. Esta falta de congruencia entre el concepto de “modelo de salud intercultural” con el de “atención de salud con pertinencia cultural” puede conllevar a concluir a que se trata de un mismo instituto jurídico o todo lo contrario. Es por ello que es del todo necesario que el reglamento contemple los lineamientos y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT.
4. La eficacia real del presente reglamento no sólo se funda con adecuada redacción de su articulado, sino que además requiere que se cuente con presupuesto de implementación, lo que no ha sido informado por parte de la Autoridad Única Sanitaria, tampoco se ha establecidos las condiciones de igualdad que le permita a los pueblos indígenas contar con asesoría legal permanente en este proceso y en la implementación del reglamento.
5. **ZONA OCCIDENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. Esta definición debe estar acuerdo a la definición de atención de salud con pertinencia cultural. Por lo mismo la definición debe ir más o menos: “es un arquetipo por medio del cual los equipos de salud de un determinado establecimiento público, en conjunto con los pueblos indígenas, diseñan, organizan, implementan, evalúan y aplican un sistema de atención de salud con pertinencia cultural, donde tienen plena vigencia y validez los sistema de sanación de los p. i., de manera de mejorar sus condiciones de salud, con el objetivo de obtener el mejor estado de bienestar posible de ellos, en la perspectiva de sus concepciones de buen vivir.
2. Se sugiere incorporar a esta disposición:
   1. Que para una efectiva implementación de un Modelo de salud intercultural se debe capacitar permanentemente a sus funcionarios en colaboración con las comunidades de pueblos originarios.
   2. Generar espacio de integración, que facilite el conocimiento mutuo, en colaboración con las comunidades indígenas.
   3. Elevar a la categoría de fundamental el desarrollo de modelos de salud intercultural, en aquellos establecimiento insertos en comunidades o donde haya una alta concentración de población, perteneciente a pueblos originarios.
3. **ZONA CENTRAL:**

**Modelo de salud intercultural.** Es la forma en que los equipos de salud, de manera conjunta e incidente con los pueblos indígenas, representados por las organizaciones locales, planifican, organizan, ejecutan, controlan, evalúan y actualizan la gestión del establecimiento de salud.

La evaluación de la gestión del establecimiento de salud se debe realizar, a lo menos semestralmente, con la finalidad de adecuarlo culturalmente, articulando y complementando con los sistemas de sanación de los pueblos indígenas, para mejorar las condiciones de salud de las personas y comunidades indígenas, favoreciendo el mejor estado de bienestar posible en la perspectiva de sus concepciones de “vida buena” o “buen vivir”.

Los pueblos originarios y/u organizaciones, podrán ejercer mecanismos de control, evaluación y seguimiento, que permitan recomendar mejoras a la aplicación del modelo de salud intercultural y promover intercambio de conocimientos con otros pueblos de la región, para determinar el impacto y efecto sobre la población.

Un modelo de salud intercultural se desarrolla de manera diversa, fortaleciendo y validando el modelo ancestral de cada pueblo, según el contexto y las características de los pueblos indígenas que se encuentran en la jurisdicción del establecimiento de salud, lo que le da su especificidad; comparte y profundiza los principios del modelo de atención integral en salud, abordando la diversidad cultural de los pueblos indígenas en dicho modelo; y se promoverá la capacitación sobre el modelo de salud intercultural a todo prestador institucional público que interactúe con los usuarios pertenecientes a pueblos indígenas u originarios.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. La participación de los pueblos indígenas implica necesariamente la facultad de incidir en materia sanitaria.
2. Incorporar conceptos básicos de control en administración.
3. Ajustes de gestión semestral en el diseño de actividades.
4. Control mensual bajo datos estadísticos.
5. Que la recolección de datos sirva para robustecer la generación de información y fortalecer las nuevas estrategias.
6. Existencia de mecanismos de control y evaluación por parte de los pueblos indígenas y/u organizaciones indígenas, para validar y mejorar el modelo de salud intercultural y promover intercambio con otros pueblos de la región. Impacto.
7. **ZONA NORTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. Se debe resolver lo cultural y lo espiritual.
2. Es necesario que las organizaciones territoriales sean las que elijan por mayoría de votos quienes van a trabajar por la salud intercultural, en consultorios, en hospitales-ruka, en servicios de urgencias u otros organismos comunales.
3. En los Indígenas, esto es dificultoso, ya que son un 10% aproximadamente. Las exigencias son altas para contemplaciones, contrataciones públicas (no se cumple necesariamente con los requerimientos que se piden).

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Modelo de salud con pertinencia cultural indígena.** Es un sistema de salud que se funda en el derecho a la autonomía de los pueblos indígenas, la vigencia de sus sistemas de salud, métodos curativos y de sanación ancestrales, y la relación de éstos con los sistemas de salud occidental, sus equipos multidisciplinarios y el prestador institucional público. Este modelo se estructura desde los principios y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT, Declaración de Naciones Unidas sobre Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos ratificados y vigentes en Chile.

Este sistema de salud se genera en forma conjunta por los equipos multidisciplinarios de salud con los pueblos indígenas para diseñar, organizar, implementar, evaluar, aplicar y actualizar de manera permanente la gestión del establecimiento de salud con la finalidad de adecuarlo culturalmente, articulándose y complementándose a los principios rectores de igualdad, éticos y no discriminación, libre determinación, integridad cultural y territorial de cada pueblo indígena, de forma de dar vigencia a sus sistemas de salud, métodos curativos y de sanación ancestrales para alcanzar el máximo desarrollo y bienestar en la perspectiva de sus concepciones de “vida buena” o “buen vivir”.

El modelo de salud con pertinencia cultural indígena debe considerar las cuestiones de fondo respecto de la situación de salud de las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas, en particular, a las determinantes estructurales, históricas y socioculturales que influyen en la salud de los pueblos indígenas, por tanto, el modelo de salud intercultural no podrá asimilar, integrar e invisibilizar ni menos propender a los fenómenos de etnofagia de la identidad e integridad cultural de cada pueblo indígena.

Un modelo de salud con pertinencia cultural indígena se desarrolla de manera diversa, fortaleciendo y validando el sistema de salud ancestral de cada pueblo, según el contexto y las características de los pueblos indígenas que se encuentran en la jurisdicción del establecimiento de salud, lo que le da su especificidad; comparte y profundiza los principios del modelo de atención integral en salud, abordando la diversidad cultural de los pueblos indígenas en dicho modelo; y se promoverá la capacitación sobre el modelo de salud intercultural a todo prestador institucional público que interactúe con los usuarios pertenecientes a pueblos indígenas.

Los pueblos indígenas tendrán derecho a participar en igualdad de condiciones en la estructuración del Modelo de salud con pertinencia cultural indígena, asimismo, la validez del modelo de salud con pertinencia cultural indígena requiere de la participación constante y permanente de cada uno de los pueblos indígenas existente en el territorio de la jurisdicción del Servicio de Salud respectivo. Este servicio además debe asegurar y proteger el derecho de participación activa con voz y voto de los pueblos mencionados en todas y cada una de las instancias de decisión existentes.

El modelo de salud con pertinencia cultural indígena supone la existencia de equipos técnicos y profesionales que trabajen a favor de las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas de cada pueblo, quienes serán sus mandantes y contarán con recursos humanos, materiales y económicos que debe proveer el prestador institucional público.

Los pueblos indígenas a través sus comunidades, asociaciones y/u organizaciones podrán ejercer mecanismos de control, evaluación y seguimiento con el objeto de introducir mejoras y modificaciones a la aplicación del modelo de salud con pertinencia cultural indígena y promover el intercambio de conocimientos con otros pueblos de la región y del país para determinar el impacto y efecto sobre la población en su calidad de vida. No se podrá desconocer que el derecho a la salud de los pueblos indígena es colectivo

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

La única forma de evitar una afectación directa al derecho de salud que detentan los pueblos indígenas requiere que el modelo se yerga en los principios y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT, la Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas y demás tratados internacionales vigente y ratificados por Chile, por lo cual, la definición propuesta cumple con lo expresado.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 2º Definiciones

**Artículo 4º.** Para los efectos de este Reglamento se entiende por

**Prestador Institucional Público:** Son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales públicos medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Les corresponde específicamente a la dirección técnica del establecimiento; hospitales, y consultorios, la misión de velar porque en éstos se respeten y garanticen los derechos contenidos en el presente reglamento.

En caso que el prestador institucional público requiera comprar servicios al sistema de salud privado, deberá cautelar que los Términos de Referencia establezcan las condiciones institucionales para que, en caso de ser solicitado por personas pertenecientes a pueblos indígenas, éstas puedan contar con:

* 1. asistencia espiritual por parte de agentes de salud indígena,
  2. acompañamiento del facilitador intercultural y
  3. uso complementario de sus propias medicinas.
* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDIGENAS:**

1. **ZONA SUR:**

**Prestador Institucional Público.** Son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales públicos medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad, sean o no autogestionado en red. Les corresponde específicamente a la dirección técnica del establecimiento; hospitales, y consultorios, la misión de velar porque en éstos se respeten y garanticen los derechos contenidos en el presente reglamento, por lo demás, garantizar y respetar el derecho de la atención de salud con pertinencia cultural constituye una directriz en la gestión del prestador institucional público y un requisito para su acreditación de calidad.

El prestador debe fomentar, asegurar y proteger la participación de las organizaciones y comunidades en la toma de decisión de cualquier índole que afecten a los PPII como sus intereses y derechos, asimismo, debe asegurar la participación de estos en el Comité de Ética.

En caso que el prestador institucional público requiera comprar servicios al sistema de salud privado, deberá cautelar que los Términos de Referencia establezcan las condiciones institucionales para que, en caso de ser solicitado por personas pertenecientes a pueblos indígenas, éstas puedan contar con:

* 1. asistencia espiritual por parte de agentes de salud indígena,
  2. acompañamiento del facilitador intercultural,
  3. uso complementario de sus propias medicinas,
  4. En cada etapa de la prestación de salud debe respetar el presente reglamento.

El prestador institucional publico garantizara, respetará y protegerá el derecho a la participación (derecho a voz y voto) en la redacción de los términos de referencia y en cada una de las etapas del proceso de licitación pública. Con todo, el prestador del sistema de salud privado, sea persona natural o persona jurídica, deberá observar y dar fiel cumplimiento al presente reglamento en caso que adjudique la licitación.

El prestador institucional de salud no podrá asimilar la salud propia de cada pueblo indígena con las técnicas de salud alternativas complementarias, por ende, debe establecer mecanismos y herramientas que asegure a las personas, familiares y comunidad el acceso a la salud intercultural y a la salud propia. En este sentido, el prestador no podrá acreditar ni personas ni formas de sanación y/o curativas medicina de cada pueblo indígena.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. Considerando la normativa vigente es necesario que el reglamento garantice en forma efectiva el derecho a la salud, sin importar si el prestador institucional público se trate de un hospital autogestionado, además, se establezcan mecanismo efectivos y eficaces de control y fiscalización de los Cesfam y Municipal a fin de velar que los recursos materiales sea empleados a favor del paciente, familia y comunidad y/u organizaciones indígenas y no sea destinado a dar satisfacción de otras necesidades de orden municipal.
2. Los Municipios se rigen por su propia ley orgánica constitucional, por ende, se trata de órganos autónomos y con patrimonio propio, lo que no tendría por qué afectar el goce y ejercicio pleno derechos humanos, sin embargo, la observancia del Convenio Nro. 169 de la OIT ha sido complejo a nivel municipal, lo cual también ocurre con el Congreso Nacional al no efectuar las consultas al adoptar medidas administrativas y legislativas.
3. El reglamento si bien regula el derecho a la participación de los Pueblos Indígenas no es menos cierto que siempre prima la norma administrativa y la dinámica estatal por sobre este derecho, en tanto ello, es vital que el prestador institucional fomente, asegure y proteja el derecho a la participación indígena en cada etapa de la toma de decisiones, especialmente si tal decisión diga relación con el bienestar de los Pueblos Indígenas asimismo, a sus intereses y derechos, por consiguiente, se les debe asegurar la participación en el Comité de Ética.
4. **ZONA OCCIDENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala es necesario asegurar la prestación con pertinencia cultural o de calidad en términos de lo que se discute, en casos de derivación especifica al sistema privado

1. **ZONA SUR ORIENTE:**

Prestador Institucional Público: Son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales públicos medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Les corresponde específicamente a la dirección técnica del establecimiento; hospitales, y consultorios, la misión de velar porque en éstos se respeten y garanticen los derechos contenidos en el presente reglamento.

En caso que el prestador institucional público requiera comprar servicios al sistema de salud privado, deberá cautelar que los Términos de Referencia establezcan las condiciones institucionales para que, en caso de ser solicitado por personas pertenecientes a pueblos indígenas, éstas puedan contar con:

1. Asistencia espiritual por parte de agentes de salud indígena,
2. Acompañamiento del facilitador intercultural,
3. Uso complementario de sus propias medicinas,
4. Las letras anteriores deberán aplicarse con el reconocimiento y validación las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas,
5. Los términos de referencia y los literales precedentes debe aplicarse de acuerdo a lo que establece este reglamento, al artículo 7° de la Ley Nro. 20.584 y al Convenio Nro. 169 de la OIT.

El prestador institucional público debe garantizar y asegurar la participación de las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas en cada una de las instancias y toma de decisiones.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

El reglamento propuesto se estructura desde la idea de servicios apropiados, empero no contemplar los lineamientos y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT, en tanto ello, es posible que esta medida administrativa y su implementación afecte directamente tanto el derecho a la salud como otros derechos humanos: el de la participación, el de la autodeterminación y/o autonomía, el de la integridad cultural y demás derechos.

1. **ZONA ORIENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia y no hace observaciones al respecto.

1. **ZONA NORTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. Refiere al sistema de salud Indígena. Si bien los médicos o agentes de salud tienen sus equipos de salud propia, tienen sus espacios y tiempo, tornándose territorial.
2. Los Municipios tienen como gobiernos locales a hacerse cargo y crear espacios para “la salud indígena” con facilitadores validados por su comunidad (no por estudios).
3. Los Médicos indígenas que sean respetados en su tiempo forma y pago, con su equipo propio.
4. Creación de documentos (licencias médicas) legales en casos que los usuarios de la medicina indígena lo requieran.
5. La carta de derechos y deberes de los pacientes en mapuche se encuentre visible en los centros de salud y hospitales de la red.
6. En la redacción y digitalización del nuevo documento final de la salud, queremos que participen personas idóneas del pueblo mapuche bajo el contexto legal del artículo 169 (fuentes de trabajo).
7. **ZONA CENTRO:**

Prestador Institucional Público de Salud: Son aquellas entidades que organizan en establecimientos asistenciales públicos o privados, medios personales, materiales e inmateriales, destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad.

Les corresponde específicamente a la dirección técnica del establecimiento: hospitales, y consultorios; la misión de velar por el respeto y garantía de los derechos contenidos en el presente reglamento.

En caso que el prestador institucional público, requiera comprar servicios al sistema de salud privado, deberá cautelar y asegurar la cobertura total de los costos, antes de la contratación del servicio, de lo siguiente:

Que los Términos de Referencia establezcan las condiciones institucionales, para que en caso de ser solicitado, por personas pertenecientes a pueblos indígenas, éstas puedan contar con:

1. acompañamiento del facilitador intercultural;
2. asistencia espiritual por parte de agentes de salud indígena de acuerdo a la pertinencia cultura, como la o el machi, yatiri, xo’on, janpic entre otros; y
3. uso complementario del sistema medicinal indígena.

Que el prestador de servicio privado, cumpla los requisitos exigidos en el presente reglamento.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. En este caso se incorpora a los prestadores privados, en el evento que el prestador institucional público le compre servicio.
2. Sistema medicinal indígena: pediatría, maternidad, otros.
3. Además de cautelar que se cumplan los requisitos que allí se mencionan por parte de los prestadores privados. Debería establecer como requisito de contratación el cumplimiento de las disposiciones del presente reglamento.
4. Será obligación del sistema de salud, cubrir los costos de agentes de salud indígena.

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Prestador Institucional Público.** Son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales públicos medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad, sean o no autogestionado en red. Corresponde a sus órganos la misión de velar porque en los establecimientos indicados se respeten los contenidos del presente reglamento, el Convenio Nro. 169 de la OIT, la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos vigentes y ratificados por Chile.

Es deber del prestador institucional público velar por garantizar y proteger tanto los derechos humanos individuales y colectivos de los pueblos indígenas como el derecho a la atención de salud con pertinencia cultural en su actividad sanitaria y en toda la red de salud. Lo que constituyen una directriz del quehacer y gestión del prestador institucional público para la acreditación de calidad sanitaria y es un eje de cumplimiento de las metas de gestión institucional.

El prestador debe fomentar, asegurar y proteger la participación de las organizaciones y comunidades en la toma de decisión de cualquier índole que les afecten, debiendo además asegurar la participación de estos en el Comité de Ética.

En caso que el prestador institucional público requiera comprar servicios al sistema de salud privado, deberá cautelar que los Términos de Referencia establezcan las condiciones institucionales para que, en caso de ser solicitado por personas pertenecientes a pueblos indígenas, éstas puedan contar con:

* 1. Asistencia espiritual por parte de agentes de salud indígena,
  2. Acompañamiento de los miembros de la comunidad, asociaciones y/u organizaciones indígena.
  3. Acompañamiento del facilitador con pertinencia cultural indígena.
  4. Uso de sus propias medicinas y sistema de salud indígena,
  5. Los términos de referencia deben ser validados por las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas del territorio del prestador institucional público.
  6. En cada etapa de la prestación de salud se debe respetar el presente reglamento, el Convenio Nro. 169 de la OIT, la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos vigentes y ratificados en Chile.

El prestador institucional público en conjunto a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas redactarán los términos de referencia y en cada una de las etapas del proceso de licitación pública y/o compras públicas podrá participar en igualdad de condiciones a fin que el prestador de servicio de salud privado, sea persona natural o persona jurídica, observe cabalmente el este reglamento en caso que se adjudique la licitación o la compra pública.

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

La redacción propuesta se yergue en el Convenio Nro. 169 de la OIT y en normativa interna chile, por ende, se establecieron obligaciones concretas para el prestado institucional público respecto al derecho de salud de los pueblos indígenas.

Con todo, y teniendo presente la normativa vigente, es relevante que este reglamento es obligatorio para el prestador institucional público sin importar si es o no es auto gestionado.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 2º Definiciones

**Artículo 4º.** Para los efectos de este Reglamento se entiende por

**Pueblos indígenas:** son aquellos a los que el Convenio 169 de la OIT considera indígena por descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Así como aquellos que la Ley Indígena Nº 19.253 señala como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos que conservan manifestaciones culturales propias, reconociendo como principales pueblos indígenas de Chile a; mapuche, aymara, rapanui, licanantay, quechuas, colla, diaguitas, kawashkar y yámana.

* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDIGENAS:**

1. **ZONA NORTE:**

Este territorio no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. Letra g; nuestro pueblo debe contar con autodeterminación, Por la deuda histórica d usurpación. Derecho de las familias a que sus integrantes no sean vacunados, niños, abuelos, embarazadas por “beneficios” de por medio.
2. Que el programa PESPI sea reestructurado en su totalidad con participación comunal y organizaciones representativas, para abrirse a más personas a la brevedad.
3. Formación de una comisión fiscalizadora de cuentas de la salud intercultural comunal.
4. Habilitación de espacios ceremoniales.
5. Diferencia entre la salud rural y la urbana.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 2º Definiciones

Artículo 4º. Para los efectos de este Reglamento se entiende por

**Pueblos indígenas:** son aquellos a los que el Convenio 169 de la OIT considera indígena por descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Así como aquellos que la Ley Indígena Nº 19.253 señala como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos que conservan manifestaciones culturales propias, reconociendo como principales pueblos indígenas de Chile a; mapuche, aymara, rapanui, licanantay, quechuas, colla, diaguitas, kawashkar y yámana.

* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDIGENAS:**

1. **ZONA ORIENTE:**

**Pueblos indígenas.** son aquellos a los que el Convenio 169 de la OIT considera indígena por descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan y comparten manifestaciones culturales propias materiales e inmateriales, sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Así como aquellos que la Ley Indígena Nº 19.253 señala como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos que conservan manifestaciones culturales propias, reconociendo como principales pueblos indígenas de Chile a; mapuche, aymara, rapanui, licanantay, quechuas, colla, diaguitas, kawashkar y yámana.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. Es necesario que se considere la identidad territorial de cada Pueblo Indígena.
2. **ZONA CENTRO:**

**Pueblos indígenas.** Son aquellos a los que el Convenio 169 de la OIT considera indígena, por descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país, en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas, sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Así como aquellos que la Ley Indígena Nº 19.253 señala como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos que conservan y comparten manifestaciones culturales materiales e inmateriales, reconociendo como principales pueblos indígenas de Chile a: mapuche, aymara, rapanui, licanantay, quechuas, colla, diaguitas, kawashkar y yámana.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. La definición no contempla el derecho a la identidad.
2. **ZONA SUR ORIENTE:**

**Pueblos indígenas.** Son aquellos a los que el Convenio 169 de la OIT considera indígena por descender de poblaciones que habitan en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas y/o partes de sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas.

En este sentido, los pueblos indígenas están conformado por personas descendientes de las agrupaciones humanas que pre-existen en el territorio desde tiempos precolombinos y antes de la conformación del Estado de Chile y son: Mapuche, Aymara, Rapanui, Licanantay, Quechuas, Colla, Diaguitas, Kawashkar y Yámana.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. La definición no contempla el derecho a la identidad.
2. La conceptualización del pueblo indígena de la ley indígena no es más benigna, por ello fue suprimida.
3. **ZONA SUR:**

**Pueblos indígenas.** Son aquellos conformados por personas que se auto-identifican como tales y a su vez, son reconocidos por el pueblo en particular. En este sentido, a fin de comprender esta definición es necesario relacionarlo con el Convenio 169 de la OIT, en particular, con el literal b) del artículo primero.

En este sentido, los pueblos serán considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que existe en Chile antes de la época precolombina, como también, los que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ella.

Así como aquellos que la Ley Indígena Nº 19.253 señala como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos que conservan manifestaciones culturales propias, reconociendo como principales pueblos indígenas de Chile a; mapuche, aymara, rapanui, licanantay, quechuas, colla, diaguitas, kawashkar y yámana.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. La definición no contempla el derecho a la identidad y la ubican antes de la época precolombina.
2. La conceptualización del pueblo indígena plasmar que su existencia es anterior a la conformación del Estado de Chile.
3. **ZONA OCCIDENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. En cuanto al concepto de pueblos indígenas no contempla el concepto de autoidentificación como criterio válido para determinar si una persona pertenece a un P.I. o es una persona indígena.
2. Se destaca la referencia a la definición propuesta por el Convenio 169, por cuanto recoge el avance en el derecho internacional sobre derecho de los pueblos originarios y dejando, en el supuesto que esa sea la intención, de manera supletoria la normativa interna.
3. Se manifiesta que la normativa interna (Ley 19.253), en este punto, ya que a juicio de los consultados se vulnera el derecho colectivo a reconocerse, bajo ciertas características, como pueblo originario, imponiéndose la potestad del Estado por sobre la voluntad y conciencia de los pueblos originarios: “La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.”

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Pueblos Indígenas**. Son los pueblos en países independientes que descienden de quienes habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época precolombina, la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ella.

La conciencia de su identidad indígena es un criterio fundamental en la aplicación de este reglamento y demás normativa sanitaria.

Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación y en ejercicio de este derecho podrán determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural. Asimismo, tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo, en especial, en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan, además podrán administrar y controlar autónomamente esos programas mediante sus propias instituciones.

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

La definición en comento se redacta según los estándares internacionales que rige los derechos humanos de pueblos indígenas, en tanto ello, la conceptualización no sólo establece el contenido del concepto sino que indica expresamente los derechos esenciales de estos pueblos.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 2º Definiciones

Artículo 4º. Para los efectos de este Reglamento se entiende por

**Sistemas de sanación de los pueblos originarios:** es el conjunto de conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas sustentado en sus propias cosmovisiones para entender la vida y la muerte, la salud y la enfermedad; visiones del mundo, espiritualidad, normatividad, ciencia y conocimientos médicos, así como innovaciones derivadas de dichos conocimientos; agentes de salud indígena, métodos de prevención y promoción de la salud, prácticas curativas, lugares sagrados, ecosistemas y territorios, así como prácticas de vida que aportan a alcanzar el equilibrio y el “buen vivir” de los diversos pueblos indígenas.

Estos sistemas de sanación hacen uso de recursos, métodos y técnicas terapéuticos ancestrales, de prevención, de promoción y de protección de la salud en beneficio de las personas, familias, comunidades y territorios, mediante estructuras de organización y funcionamiento territorial en el que los agentes de salud indígena cumplen un rol fundamental para mantener el bienestar y la salud espiritual, psicológica, social y física.

* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDIGENAS:**

1. **ZONA NORTE:**

Este territorio no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. Los agentes medicina indígena son muchos ;
2. Fileo ( Machi)
3. Machi, Lawentuchefe o Lawenche, médicos o médicas mapuches.
4. GÜTAMCHEFE ( Compositor de huesos),
5. Puñuñelchefe; matronas y personas que controlan embarazos, problemas para tener hijos.
6. Guillatuf; (hace rogativas), en los Aymaras.
7. Yatiri; machi espiritual,
8. Qulliri; hace remedios.
9. Propiedad intelectual de la medicina mapuche y salud intercultural.
10. La necesidad de una Ruka para el proceso.
11. **ZONA ORIENTE:**

**Sistemas de sanación de los pueblos originarios**: es el conjunto de conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas sustentado en sus propias cosmovisiones para entender el nacimiento indígena, la vida y la muerte, la salud y la enfermedad; visiones del mundo, espiritualidad, normatividad, ciencia y conocimientos médicos, así como innovaciones derivadas de dichos conocimientos; agentes de salud indígena, métodos de prevención y promoción de la salud, prácticas curativas, lugares sagrados, ecosistemas y territorios, así como prácticas de vida que aportan a alcanzar el equilibrio y el “buen vivir” de los diversos pueblos indígenas.

Estos sistemas de sanación hacen uso de recursos, métodos y técnicas terapéuticos ancestrales, de prevención, de promoción y de protección de la salud en beneficio de las personas, familias, asociaciones, comunidades y territorios, mediante estructuras de organización y funcionamiento territorial en el que los agentes de salud indígena cumplen un rol fundamental para mantener el bienestar y la salud espiritual, psicológica, social y física.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. Es necesario que se considere a la asociaciones indígenas en los sistema de sanación en tanto forma de organización.
2. **ZONA CENTRO:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia y no hace observaciones al respecto.

1. **ZONA SUR ORIENTE:**

**Sistemas de sanación de los pueblos indígenas.** Es el conjunto de conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas sustentado en sus propias cosmovisiones y cosmogonías, fundada en el ecosistema, naturaleza, recursos naturales, lugares sagrados, territorio y la relación visible e invisible de estos con los Pueblos Indígenas respetando la espiritualidad que tiene una manifestación en el mundo material e inmaterial.

Los sistemas de sanación forman parte del patrimonio material e inmaterial de los Pueblos Indígenas y son estos los titulares de tales conocimientos ancestrales, recursos, métodos de prevención, prácticas curativas, medicamentos tradicionales y técnicas terapéuticas ancestrales, por consiguiente, no puede ser objeto de apropiación de ningún modo y está fuera del comercio humano, tales como: sistema registral, de patentización y cualquier otro acto que importe aquello.

Estos sistemas de sanación hacen uso de conocimientos ancestrales, recursos, métodos de prevención, prácticas curativas, medicamentos tradicionales y técnicas terapéuticas ancestrales, a fin de desplegar acciones de equilibrio e interrelación, las que propenden a la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en beneficio de las personas, familias, comunidades y territorios, asimismo, debe fomentar, garantizar y respetar la identidad indígena y especificidad del Pueblo Indígena, mediante estructuras de organización y funcionamiento territorial en el que los agentes de salud indígena validados y reconocidos cumplen un rol fundamental para mantener el bienestar y la salud espiritual, psicológica, social y física.

El prestador institucional público no podrá transgredir los sistemas de sanación de los pueblos indígenas, asimismo, se respetaran y validaran las acciones desarrollas por los Pueblos Indígenas que existan en el territorio.

Los sistemas de sanación se debe asegurar que las personas indígenas, familia y comunidad puedan gozar de su propia salud ancestral y a practicarla, de acuerdo a las condiciones económicas, geográficas, sociales, culturales, identidad y territorial**.**

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. El reglamento requiere establecer que los modelos de salud ancestral se estructuren desde la óptica de la autonomía y en igualdad de condiciones no sólo para ampliar los derechos de seguridad social y de salud debido a que existe enfermedades propias que requiere de licencias médicas y de cuidados específicos. Por consiguiente, contar con centros y/o establecimientos sanitarios propios resulta necesario para alcanzar los estándares internacionales del derecho a la salud y su plena manifestación colectiva.
2. La ampliación de los ámbitos de protección y del ejercicio igualitario de derechos humanos de las personas indígenas se requiere abordar asuntos relacionados con el Fondo Nacional de Salud a fin que se contemple que parte de las prestaciones médicas que deben costearse por este sistema son los relacionados con los actos de salud ancestral y métodos curativos, en tanto ello, se requiere que tal fondo destine fondos necesario a fin de financiar el cuarto eje del ¨PESPI” con pleno respeto a la identidad e integridad cultural indígena tanto el acceso a la salud ancestral como a la práctica de la propia medicina prescindiendo de la lógica de complementariedad a la actividad sanitaria.
3. **ZONA SUR:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia y no hace observaciones al respecto.

1. **ZONA OCCIDENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. Se debe reforzar que estos sistemas de sanación de los pueblos indígenas y tienen vigencia dentro del modelo de salud intercultural que cada territorio defina y que su vigencia le otorga pertinencia cultural a la oferta de atención de salud que hace el estado, la que debe considerar dichos sistemas dentro de la oferta
2. Necesidad de reforzar que los sistemas de sanación de los Pueblos Indígenas tienen vigencia dentro del modelo de salud intercultural que cada territorio defina y que su vigencia le otorga pertinencia cultural a la oferta de atención de salud que hace el estado, la que debe considerar dichos sistemas dentro de la oferta
3. Estos sistemas son parte integrante del modelo de salud intercultural que establece artículo 7° que se reglamenta y que por lo mismo debe ir en el reglamento.

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Sistemas de sanación de los pueblos indígenas.** Es el conjunto de conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas sustentado en sus propias cosmovisiones y cosmogonías, fundada en el ecosistema, naturaleza, recursos naturales, lugares sagrados, territorio y la relación visible e invisible de estos con los Pueblos Indígenas respetando la espiritualidad que tiene una manifestación en el mundo material e inmaterial.

Los sistemas de sanación forman parte del patrimonio material e inmaterial de los Pueblos Indígenas y son estos los titulares de tales conocimientos ancestrales, recursos, métodos de prevención, prácticas curativas, medicamentos tradicionales y técnicas terapéuticas ancestrales, por consiguiente, no puede ser objeto de apropiación de ningún modo y está fuera del comercio humano, tales como: sistema registral, de patentización y cualquier otro acto que importe aquello.

Estos sistemas de sanación hacen uso de conocimientos ancestrales, recursos, métodos de prevención, prácticas curativas, medicamentos tradicionales y técnicas terapéuticas ancestrales, a fin de desplegar acciones de equilibrio e interrelación, las que propenden a la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en beneficio de las personas, familias, comunidades y territorios, asimismo, debe fomentar, garantizar y respetar la identidad indígena y especificidad del Pueblo Indígena, mediante estructuras de organización y funcionamiento territorial en el que los agentes de salud indígena validados y reconocidos cumplen un rol fundamental para mantener el bienestar y la salud espiritual, psicológica, social y física.

El prestador institucional público no podrá transgredir los sistemas de sanación de los pueblos indígenas, asimismo, se respetaran y validaran las acciones desarrollas por los Pueblos Indígenas que existan en el territorio.

Los sistemas de sanación se debe asegurar que las personas indígenas, familia y comunidad puedan gozar de su propia salud ancestral y a practicarla, de acuerdo a las condiciones económicas, geográficas, sociales, culturales, identidad y territorial**.**

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

El reglamento propuesto se estructura desde la idea de servicios apropiados, empero no contemplar los lineamientos y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT, en tanto ello, es posible que esta medida administrativa y su implementación afecte directamente tanto el derecho a la salud como otros derechos humanos: el de la participación, el de la autodeterminación y/o autonomía, el de la integridad cultural y demás derechos.

* **PROPUESTA DEL ESTADO DE CHILE:**

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PÁRRAFO 2º Definiciones

Artículo 4º. Para los efectos de este Reglamento se entiende por

**Territorio con alta concentración de población indígena**. Se entenderá por territorio con alta concentración de población indígena los lugares de residencia permanente y/o temporal de personas, comunidades y organizaciones indígenas que pertenecen a los pueblos indígenas de acuerdo a la Ley Indígena y/o al Convenio 169 de la OIT.

* **PROPUESTA DE LAS COMUNIDADES, ASOCIACIONES Y/U OGANIZACIONES INDIGENAS:**

1. **ZONA NORTE:**

Este territorio no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. En la página nº9 dice” Territorio con alta concentración de población indígena”, esto no tiene relevancia ni incidencia en el desarrollo de la medicina.
2. En todo el territorio existen pueblos reconocidos por la Ley 19.253 (Párrafo no debería estar),
3. Formación de una directiva intercultural para fiscalizar el funcionamiento y cumplimiento del reglamento según su etnia o pueblo originario.
4. El titulo debiera ser territorio con población indígena.
5. **ZONA ORIENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia y no hace observaciones al respecto.

1. **ZONA CENTRO:**

**Territorio con alta concentración de población indígena.** Se entenderá por territorio con alta concentración de población indígena, aquellos lugares de residencia permanente y/o temporal de personas indígenas con dos o más habitantes que pertenecen a los pueblos indígenas, de acuerdo a la Ley Indígena y/o al Convenio 169 de la OIT.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. Es necesario precisar la frase “alta concentración” y los parámetros para medirla.
2. **ZONA SUR ORIENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia y no hace observaciones al respecto.

1. **ZONA SUR:**

**Territorio con alta concentración de población indígena**. Se entenderá por territorio con alta concentración de población indígena los lugares de residencia permanente y/o temporal de personas, comunidades y organizaciones indígenas que pertenecen a los pueblos indígenas de acuerdo a la Ley Indígena y/o al Convenio 169 de la OIT.

El derecho a la atención de salud con pertenencia cultural, como la salud ancestral o propia y su práctica es universal, inalienable, imprescriptible, colectivo, debiéndose otorgar en todo el territorio del Estado de Chile, sin que se pueda discriminar por el factor de concentración de población indígena.

**Esta zona estima que la redacción propuesta del estado implica una afectación directa, por ende, es necesario considerar lo siguiente:**

1. No puede quedar sujeto acceder este derecho por número de habitantes debido a que el derecho de salud con pertenencia cultural es un derecho humano y debe ser protegido sin que establezcan mecanismo que restrinja.
2. **ZONA OCCIDENTE:**

Esta zona no realiza modificación al artículo sugerido por el Estado de Chile, tampoco formula una redacción propia, no obstante ello, señala lo siguiente:

1. La definición es poco precisa, no queda claro quién y bajo que parámetros, en definitiva, se determinará si un territorio es de alta, mediana o baja concentración de población indígena.
2. Se propone redefinir la disposición para que no se preste a una interpretación arbitraria. También se propone contemplar la posibilidad de que las comunidades u organizaciones indígenas, donde esté inserto el establecimiento respectivo, propongan que se declare de alta concentración de población indígena.
3. el concepto “alta concentración” se debe precisar que por ser un derecho, la existencia de una persona, comunidad o asociación indígena cumple con la definición de territorio. La definición no debe quedar sujeta a un órgano o autoridad.
4. El texto del artículo acerca de alta concentración es positivo pues deja establecido que donde haya una persona indígena, una comunidad, una asociación u otra organización indígena, es considerado de alta concentración, sin importar el número de individuos.

* **LA PROPUESTA DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

**Territorio con alta concentración de población indígena.** Se entenderá por territorio con alta concentración de población indígena los lugares de residencia permanente y/o temporal de personas, comunidades y organizaciones indígenas que pertenecen a los pueblos indígenas de acuerdo a la Ley Indígena y/o al Convenio 169 de la OIT.

El derecho a la atención de salud con pertenencia cultural, como la salud ancestral o propia y su práctica es universal, inalienable, imprescriptible, colectivo, debiéndose otorgar en todo el territorio del Estado de Chile, sin que se pueda discriminar por el factor de concentración de población indígena.

* **ARGUMENTACIÓN DE LA MESA DE SISTEMATIZACIÓN:**

La definición se funda en los lineamientos y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT y el contenido de derecho de salud en cuento derecho humano.

**QUINTA PARTE DEL SISTEMATIZACIÓN**

En los próximos párrafos se abordará directamente las afectaciones directas del reglamento que establece el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural debido a que su articulado no se condice con los lineamientos y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT, la Declaración de Naciones Unidas sobre derechos de los pueblos indígenas.

El reglamento en comento no contemplar el núcleo colectivo del derecho a la salud de los pueblos indígenas, asimismo, no se estructura desde el derecho a la autodeterminación en materia sanitaria que detentan los pueblos indígena, por ende, es menester considerar:

1. El derecho a la adecuación de la actividad sanitaria a la integridad cultural y territorial de los pueblos indígenas, lo que evitará que se vulnere por acción y/u omisión los derechos humanos de las personas indígenas.
2. Se hace indispensable considerar las experiencia del PESPI y de las organizaciones indígenas que han trabajado en la salud ancestral y sus prácticas curativas a fin de no repetir experiencias que no han reportado beneficio, sino que han replicado mecanismos de integración e invisibilización de las identidades y saberes indígenas
3. Se requieren que se establezca mesas de trabajo que permitan evaluar la implementación del reglamento y los nudos críticos. Con esto se podrá garantizar que las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas puedan accionar con plena sujeción al derecho de participación.
4. El reglamento no contempla en forma clara y precisa de qué forma se ejercerá el derecho de participación en las instancias de toma de decisión, menos en el comité de ética.

En virtud de lo expuesto en cada una de las jornadas, unido al tenor del reglamento propuesto, se estimó que introducir modificaciones en texto del reglamento no resulta de vital importancia, sino que lo relevante era establecer las afectaciones directas del reglamento, lo que se desarrolló en esta sesión y las que se celebraron los días 21 y 23 de junio del año en curso.

El fundamento de esta decisión se yergue en el derecho a la consulta cuyo objeto primario es determinar la afectación, por ende, el hecho de trabajar en las definiciones y/o texto de cada uno de los artículos implicado desplegar diversas acciones que importa cuestionar el sentido y alcance del reglamento, a su vez, se reclama la observancia de los estándares internacionales de este proceso de participación y consulta y del texto final de reglamento. No obstante ello, resulta fundamental abordar la afectación de medida administrativa en este proceso.

En definitiva abordar el texto del reglamento propuesto no asegura que se respete y proteja efectivamente la identidad e integridad cultural y territorial de cada uno de los Pueblos Indígenas, ni menos el contenido colectivo del derecho a salud. Por consiguiente, realizar observaciones sin abordar los ámbitos de afectación directa desnaturaliza el derecho a la consulta haciéndola ineficaz en la protección de derechos humanos de las personas indígenas.

Entendiendo que el reglamento es una norma de carácter general es altamente factible que a raíz de la desconsideración de las cuestiones de fondo que han determinado no sólo la posición de los Pueblos Originarios en la estructura social dominante, sino que simplemente se ignorado que existen determinantes estructurales, históricas y socioculturales han provocado en mayor o menor medida que los ámbitos de goce y ejercicio de derechos humanos de las personas indígenas no sea en condiciones de igualdad y con plena participación en toma de decisiones en aquellos asuntos que le empecen. A su vez, ha implicado que la aplicación de la norma chilena ha permitido homogenizar a estos pueblos desconociendo las distintas identidades e integridades culturales y territoriales privilegiando la de idea de la unidad como todo sin distinción, en consecuencia, el reglamento requiere establecer institutos jurídicos que eviten la homogenización de las distintas culturales y saberes ancestrales a fin de evitar tanto la integración e invisibización como la etnofagia, en tanto proceso discriminatorios y arbitrarios.

Resulta relevante que el reglamento establezca el derecho a la igualdad de forma tal que no se asimile un pueblo indígena a otro y que se haga prevalecer un pueblo en desmedro del otro, asimismo, es necesario radicar aquellos fenómenos de generalización de la salud ancestral y métodos sanación de cada Pueblos Indígenas, por consiguiente, es necesario regular estos aspectos a fin de no producir afectación directa.

El reglamento propuesto se estructura desde la idea de servicios apropiados, empero no contemplar los lineamientos y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT, en tanto ello, es posible que esta medida administrativa y su implementación afecte directamente tanto el derecho a la salud como otros derechos humanos: el de la participación, el de la autodeterminación y/o autonomía, el de la integridad cultural y demás derechos.

En este sentido, el reglamento requiere establecer que los modelos de salud ancestral se estructuren desde la óptica de la autonomía y en igualdad de condiciones no sólo para ampliar los derechos de seguridad social y de salud debido a que existe enfermedades propias que requiere de licencias médicas y de cuidados específicos. Por consiguiente, contar con centros y/o establecimientos sanitarios propios resulta necesario para alcanzar los estándares internacionales del derecho a la salud y su plena manifestación colectiva.

La ampliación de los ámbitos de protección y del ejercicio igualitario de derechos humanos de las personas indígenas se requiere abordar asuntos relacionados con el Fondo Nacional de Salud a fin que se contemple que parte de las prestaciones médicas que deben costearse por este sistema son los relacionados con los actos de salud ancestral y métodos curativos, en tanto ello, se requiere que tal fondo destine fondos necesario a fin de financiar el cuarto eje del ¨PESPI” con pleno respeto a la identidad e integridad cultural indígena tanto el acceso a la salud ancestral como a la práctica de la propia medicina prescindiendo de la lógica de complementariedad a la actividad sanitaria.

La conceptualización de salud y su equilibro necesariamente se yergue desde los distintos componentes del mundo concreto, abstracto, simbólico y espiritual, a su vez, la relación de estos con el ser humano, familia y comunidad y/u organización del pueblo indígena, por ende, el derecho a la integridad cultural estructura el derecho a la salud. Es decir, los fenómenos y procesos que impliquen asimilar, aculturizar, integrar e invisibilizar a los Pueblos Indígenas constituyen en su mismo una quebrantamiento flagrante tanto al Convenio Nro. 169 de la OIT, como una transgresión que genera padecimientos espirituales y/o corporales que ocasiona enfermedad que afecta tanto a la persona y familiares como a su comunidad.

Estas concepciones constituyen un factor diferenciador el significado de salud y en el vocablo enfermedad, lo que en definitiva implica que la integridad cultural y territorial estructura y cimentan la salud ancestral y su práctica en más amplio sentido y alcance.

El desplazamiento territorial ocasionado por la anexión violenta de los territorios indígenas al Estado de Chile, ha generado una serie de injusticia que ha sido documentada en diversos textos oficiales, como por ejemplo: Informe de la Comisión Histórica y Nuevo Trato.

En definitiva, el desplazamiento territorial es en sí mismo un factor generador de fenómenos y procesos que implican asimilar, aculturizar, integrar e invisibilizar a los Pueblos Indígenas, por tal motivo, es necesario tenerlos siempre presente a la hora de comprender y conceptualizar el derecho a la integridad cultural de los Pueblos Indígenas a fin de erradicarlos en la actividad sanitaria.

Esta directriz implica la obligación estatal de establecer mecanismos jurídicos y técnicos que respondan de manera efectiva y eficiente de ampliar los ámbitos de protección y respeto a los derechos humanos colectivos de los Pueblos Indígenas, por ende, la integridad cultural conlleva el derecho a administrar y controlar centros de salud propios a fin de que garantizar y respetar el derecho a la salud ancestral y su práctica en las condiciones que establezcan dichos pueblos. Correlativamente importa la obligación estatal la de otorgar y proveer los recursos humanos, materiales y económicos, todo lo cual, hace del todo necesario que los procesos administrativos y el quehacer estatal se flexibilicen y se ajusten a este estándar internacional a modo de prevenir y erradicar la afectación directa a los Pueblos Indígenas.

1. **Derecho al territorio material e inmaterial en todas sus dimensiones y bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**

No hay Salud sin acceso y control de los recursos naturales, como también, al territorio y la falta real y efectiva de protección ha generado una sobreexplotación de esos recursos y se ha prescindiendo del parecer y voluntad de los Pueblos Indígenas, en tanto ello, implica que la actividad estatal desprotege la conexión y vinculación temporoespacial circular del territorio material e inmaterial de los Pueblos Indígenas que los afecta directamente y demás ciudadanos.

El derecho al territorio material e inmaterial necesariamente implica que los Pueblos Indígenas tienen la facultad de acceso a tal vinculación por ser titulares del conocimiento ancestral que funda en relaciones de cuidado y sanación del ser humano, familiar y comunidad, cuyo medicina se encuentran en la naturaleza y sus recursos naturales bajo el principio de reciprocidad y respeto por la ñuke mapu y/o pachamama.

El reglamento debe contemplar que los Pueblos Indígenas entiende el equilibro material e inmaterial con naturaleza y sus fuerzas, ya que sólo desde esta concepción se asegura los proceso de sanación y reciprocidad.

1. **Derecho a la autodeterminación y a la autonomía bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**

El reglamento se estructura desde la óptica de servicios de salud adecuado sin considera el derecho a administrar y controlar autónomamente centros y establecimientos salud, como tampoco la facultad de co-administrar establecimientos de salud en igualdad de condiciones en cada uno de los niveles sanitarios.

Este derecho no se contempla en el texto de reglamento, sin embargo, es la forma de manifestarse el de derecho a la salud de acuerdo al artículo 25 de Convenio Nro. 169 de la OIT, en consecuencia la estructuración del derecho a la salud del reglamento constituye en sí mismo una afectación directa al no resguardar el derecho a la autodeterminación en materia de salud, a su vez, el de la participación.

En este sentido, lo relevante es alcanzar lo siguiente:

1. La priorización de los asuntos de salud y cualquier otra naturaleza sólo compete a losPueblos Indígenas, por lo tanto, es del todo necesario que se respete el derecho a decidir por ellos mismo en función a sus necesidades, lo que importa la facultad de decidir autónomamente y la de contar con presupuesto adecuados y que se ajusten a la ejecución de la medida adopten estos pueblos, sólo así se evitará que se privilegien intereses nacionales en desmedro a los de dichos pueblos y que tales decisiones se adopten en forma unilateral por parte de la autoridad única sanitaria y/o prestador institucional público.
2. Es necesario que se plasme en forma expresa que son los Pueblos Indígenas son los titulares del derecho de salud propia y a su práctica, a su vez, se regule con claridad las obligaciones estatales al respecto.
3. El sistema de salud propia puede sanar y restablecer la salud de las personas, no obstante ello encuentra en una posición de desigual frente a la salud occidental, incluso a la salud intercultural, lo que importa diversos efectos directos tanto el goce y ejercicio del derecho a la salud, ya explicados, como en distintas áreas de la seguridad social, tales como: otorgamiento de licencias médicas, enfermedades profesionales, accidente de trabajo entre otros asuntos.
4. Se ha realizado un trabajo en salud por más de 20 años sin que exista una coordinación institucional fundada y respetuosa del derecho a la autodeterminación y autonomía de los Pueblos Indígenas. Lo que ha ocasionado que el modelo de salud intercultural prime por sobre de la salud propia y/o ancestral y métodos de sanación, asimismo, provocando que prevalezca la orgánica y funcionamiento estatal en perjuicio de esos pueblos y que se validen los fenómenos de etnofagia en materia sanitaria.
5. El derecho de la salud que detenta las personas Indígenas es de carácter colectivo y se estructura de la autodeterminación y/o autonomía, por ende, este derecho implica la facultad de administrar y control directamente centros y/o establecimiento sanitarios.
6. **Derecho a la salud ancestral y prácticas ancestrales curativas y de sanación bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**

El reglamento tiene por objeto regular servicios de salud occidental apropiados, asimismo, no busca normar el sistema propio de salud de cada Pueblos Indígenas, ni menos a los agente de salud ancestral de cada Pueblos Indígenas. No obstante ello, nada dice respecto a las obligaciones estatales de fomento, respeto y protección de la salud ancestral y de acceso a las prácticas de curativas.

En este sentido, y a raíz de no contemplar plenamente la manifestación del derecho de la salud según prescribe tanto el Convenio Nro. 160 de la OIT como la Declaración de Naciones Unidas sobre los Pueblos Originarios, implica una afectación directa y sería este derecho como a los demás prerrogativas humanas.

1. **El derecho de los pueblos indígenas a contar con los recursos humanos, materiales y económicos óptimos bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**

El sistema de protección internacional derechos humanos ha consagrado los Estados deben procurar ampliar los ámbitos de respeto y protección, lo que adquiere especial relevancia en todos los asuntos en que se pueda afectar a los Pueblos Indígenas, por ende, una de las obligaciones estatales dice relación con la procurar todos los recursos humanos, materiales, inmateriales, económicos que les permitan goza y ejercer a las personas indígenas en igualdad de condiciones en la actividad sanitaria y de cualquier otra naturaleza que les incumba por empecerles. Lo que no está debidamente asegurado tanto en la propuesta del reglamento como en su implementación, ya que esto último no ha sido debidamente informado.

Dentro de este contexto, el reglamento propuesto envuelve una afectación directa por contemplar este derecho para asegurar en forma efectiva la manifestación colectiva del derecho a la salud de los Pueblos Originarios, en particular, se merma o simplemente se priva a los Pueblos Indígenas de administrar y controlar centros y/o establecimientos de salud, por lo demás, de tenor del reglamento se mantiene la concepción de la necesidad de la tutela estatal de estos pueblos, por ende, el reglamento propuesto importa una afectación directa.

1. **No contempla los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**

Los Pueblos Indígenas detentan derechos desde la concepción de comunidad y pertenencia a ella, lo que influye en la configuración de los derechos humanos, por ende, la actividad estatal debe respetar la integridad cultural y territorial a fin de evitar que se les afecte directamente.

Se requiriere establecer instituto jurídicos eficaces en el fomento, respeto y protección en la actividad sanitaria a fin no asimilar la salud occidental y/o intercultural a la salud ancestral.

**SEXTO PARTE DEL SISTEMATIZACIÓN**

La mesa de sistematización está de acuerdo en aceptar la propuesta de la zona sur oriente y de la oriente, en tanto ello, el articulado del reglamento sería en este sentido.

**TÍTULO III**

**EL DERECHO A LA ADECUACIÓN Y UNA PRÁCTICA ÉTICA DE LA ACTIVIDAD SANITARIA**

**Artículo 12°.** El reglamento debe ajustarse a la realidad territorial de cada pueblo indígena y a su integridad cultural, por consiguiente, la autoridad única de salud debe proporcionar los recurso humanos, materiales y económicos para asegurar que las personas, familia comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas ejerzan el derecho a la salud con pertinencia cultural, el derecho a la salud ancestral y métodos de sanación indígena.

En caso que no sea posible lo anterior las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas podrán ejercer el derecho a la adecuación del reglamento a la integridad cultural y territorial de cada pueblo indígena, asimismo, este derecho se podrá ejercer cada vez que la actividad sanitaria, la aplicación de la ley 20.584 y de este reglamento se constante por parte de las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas un menoscabo, perturbación y/o privación derechos humanos, o bien, implique efectos de asimilación, invisibilización y fenómenos de etnofagia de los pueblos indígenas.

El derecho de adecuación faculta a cada pueblo indígena realizar una labor constante y permanente a favor de sus derechos en todos los niveles de la red de salud, para lo cual, se reunirán en mesas de salud con pertinencia cultural indígena para estudiar, analizar y establecer las directrices de la implementación del reglamento y de cualquier actividad sanitaria, debiendo informar al Consejo Indígenas de Salud y Subconsejos aquellos planes y actividad sanitaria que no se ajuste íntegramente a los principios y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT y la Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos vigentes y ratificados por Chile.

En ejercicio de este derecho, también, envuelve la facultad de requerir del Prestador Institucional Público reuniones de trabajo multidisciplinario a fin de prever y erradicar las prácticas y actividad inadecuada en materia sanitaria

Este derecho implica la facultad de auto convocar uno proceso de participación y consulta cada vez que se constate esta la labor de las mesas de trabajo resulte ineficaces de prever y erradicar las prácticas y actividad inadecuada, como también por el incumplimiento de cualquiera de los derechos regulados en el presente reglamento.

En los proceso de participación y consulta de materias de salud y fueran auto-convocados por Pueblos Indígenas no se aplicará el decreto supremo Nro. 66, tampoco lo será en caso sean convocados por la autoridad sanitaria.

**Artículo 13º.** La actividad sanitaria debe respetar y proteger irrestrictamente los derechos humanos de las personas perteneciente a pueblos indígenas, a su vez, no podrá desarrollar ninguna investigación científica cualquiera sea su naturaleza u objeto. La actividad de salud debe fundarse en los principios éticos y además según los lineamientos y directrices que establezcan los Pueblos Indígenas.

**TÍTULO IV**

**DISPOSICIONES FINALES**

**Artículo 14º.** Las reclamaciones por el incumplimiento de cualquiera de los derechos regulados en el presente reglamento serán efectuadas y tramitadas por las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de cada Pueblo Indígena que exista el territorio jurisdiccional del Prestador Institucional Público.

Presentado el reclamo por escrito al Director del Prestador Institucional Público se le asignará un número y se consignará la fecha de recepción, debiendo órgano público de salud entregar un comprobante de recepción del reclamo a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones, asimismo, tendrá un plazo de cinco días hábiles con contados del reclamo para citar por carta certificada a una reunión de trabajo multidisciplinaria a fin de estudiar y analizar la situación reclamada.

En caso que el prestador institucional público no dé curso al reclamo de acuerdo al inciso anterior, faculta a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas reclamantes a convocar a un proceso de participación y consulta, como también a requerir del prestador institucional público de los recursos económicos, materiales e inmateriales para llevar a cabo dicho proceso.

Se deberá además hacer explícita la sanción a que se expone el funcionario y participará en este proceso un miembro de Consejo Indígena en Salud.

**Artículo 15º.** El presente reglamento entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Se propone la siguiente redacción | Texto del Reglamento propuesto |
| **TÍTULO I**  **DISPOSICIONES GENERALES**  PÁRRAFO 1º  Ámbito de aplicación del Reglamento | **TÍTULO I**  **DISPOSICIONES GENERALES**  PÁRRAFO 1º  Ámbito de aplicación del Reglamento |
| **Artículo 1°.** El presente reglamento establece definiciones de los contenidos del artículo 7 de la ley 20.584 con plena observancia del artículo del 25 de Convenio Nro 169 de la OIT, fija procedimientos generales y directrices que deberán ejecutar los prestadores institucionales públicos a fin de hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a algún pueblo originario, en todo el país y en el contexto de desarrollo de los modelos de salud intercultural. Existirá además un Consejo Indígena en Salud compuesto por las comunidades y/o asociaciones, quien supervisará el cumplimiento de este Reglamento.  El derecho a una atención de salud con pertinencia cultural consiste preferentemente en contar con los medios y recursos materiales, técnicos y económicos permitiendo que cada Pueblo Indígena organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física, mental y espiritual, de forma tal que se fomente, proteja el derecho a la salud ancestral, sus prácticas, hierbas medicinales, métodos de sanación y curación. Este derecho también implica que la atención de salud occidental se adecue a cada pueblo originario.  El derecho a la salud debe entenderse vinculado al territorio y los recursos naturales y a su protección.  El presente reglamento se aplicará con plena observancia al Convenio Nro. 169 de la OIT, Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos, asimismo, no se podrá desconocer e invisibilizar la identidad y particularidades de cada pueblos Indígenas, en tanto ello, este reglamento es obligatorio en cada uno de los niveles de salud**.** | **Artículo 1°:** El presente reglamento establece definiciones de los contenidos del artículo 7 de la ley 20.584 y fija procedimientos generales y directrices que deberán ejecutar los prestadores institucionales públicos para adecuar los servicios de salud a fin de hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a algún pueblo originario, en aquellos territorios con población indígena y en el contexto de desarrollo de los modelos de salud intercultural. |
|  |  |
| **Artículo 2º.** Las definiciones antes referidas no están destinadas a los agente de medicina tradicional indígenas, a sus prácticas médicas, métodos de prevención y medicamentos tradicionales, que se rigen íntegramente por la normas, costumbres e instituciones de los pueblos indígenas, sin perjuicio que los sistemas de salud de dichos pueblos constituyen parte integrante de un modelo de salud intercultural determinado.  No se podrá transgredir la espiritualidad de cada pueblo indígena, quedando prescrita toda forma de asimilación, integración, etnofagia, invisivilización de las identidades y/o pueblo indígena en particular, en tanto ello, una de las obligaciones del Estado en materia de salud es fomentar, fortalecer, garantizar y proteger la integridad cultural y derechos colectivos de los pueblos indígenas en igualdad de condiciones.  La validación del agente de salud tradicional indígena debe respetar la forma de organización y funcionamiento de pueblo indígena, por consiguiente su acreditación no corresponde al sector público ni menos se podrá establecer requisitos al respecto, es decir, serán los propios pueblos indígenas quienes son los que detenta la facultad de validar y acreditar a los agentes de salud, por su parte, el Estado y la institucionalidad pública sanitaria debe reconocer y respetar a dichos agente de salud.  El prestador institucional público desde su rol garante debe fomentar, capacitar, proteger y respetar la salud de los Pueblos indígenas brindando los recursos humanos, financieros y técnicos para ello, así también, para que dichos pueblos ejerzan su derecho a prestar salud indígena propia en centros y establecimientos sanitarios que estén bajo su propia responsabilidad y control. | **Artículo 2º:** Las definiciones antes referidas no están destinadas a regular a los agentes de medicina tradicional indígenas, sus prácticas médicas, religiosas, culturales y espirituales, así como tampoco normarán a los sistemas de salud indígena en general. |
|  |  |
| **Artículo 3°.** Las personas, familias y comunidades y/u organizaciones indígenas tienen derecho al acceso a una atención de salud física, psíquica y espiritual, en forma oportuna, de igual manera que las demás personas, sin discriminación arbitraria y a ser atendidas bajo un marco de respeto de sus derechos humanos y reconocimiento de su diversidad, lo que significa la afirmación expresa de la naturaleza colectiva de sus derechos como pueblos indígenas, que se encuentran reconocidos en instrumentos internacionales y normativa interna vigente.  Las personas, familias y comunidades y/u organizaciones indígenas tienen derecho a la salud ancestral, sus prácticas, hierbas medicinales, métodos de sanación y curación, entendiendo que este derecho se estructura y manifiesta de forma colectiva, asimismo, la salud ancestral y práctica sólo debe ser otorgada por los agentes de salud ancestral de cada pueblo indígena.  La salud ancestral no es complementaria a la salud occidental, sino que debe brindarse en igualdad condiciones sin que pueda establecerse mecanismos y orgánicas que hagan prevaler la salud occidental en desmedro de la otra, sino que deberá fomentar la comunicación entre ambos tipos de salud sea para derivar, tratar en forma conjunta y simultánea a las personas y su familia indígena.  En este sentido, las personas indígenas gozan y detentan el derecho al acceso a la salud ancestral de cada pueblo originario en los tres niveles de atención de salud, asimismo, también importa el derecho a la práctica de salud ancestral, por ende, las instituciones de salud pública deben facilitar, asegurar y proteger tal derecho.  Los miembros de los pueblos originarios detentan el derecho ser protegidos para que puedan acceder a la salud con pertinencia cultural y a la salud ancestral, en tanto ello, tienen derecho a la libre elección.  En este sentido, y en virtud de lo anterior, el estado tendrá el deber de capacitar a los médicos, enfermeras, matronas, auxiliares y el personal de la administración, asimismo, dichos personal debe contar conocimientos y herramientas de la cosmovisión y visión de salud ancestral para poder brindar una atención de salud con pertenencia cultural. | **Artículo 3º:** Las personas indígenas tienen asimismo derecho al acceso a una atención de salud de igual manera que las demás personas, sin discriminación arbitraria y a ser atendidas bajo un marco de respeto de sus derechos humanos y reconocimiento de su diversidad. |
|  |  |
| **PÁRRAFO 2º**  **Definiciones**  **Artículo 4º.** Para los efectos de este Reglamento se entiende por: | **PÁRRAFO 2º**  **Definiciones**  **Artículo 4º**. Para los efectos de este Reglamento se entiende por: |
| **“Asistencia religiosa y espiritual indígena”:** Es una manifestación de la salud propia de cada pueblo indígena que entiende a la persona, esté enferma o no este enferma, desde su condición de ser humano vinculado con su familia, comunidad y territorio, por lo que, las personas indígenas tienen el derecho a recibir salud ancestral, practicas curativas y de sanación propia de su pueblo. Esta asistencia deberá ser brindada desde la gestación y todas las etapas de la vida, como también en la enfermedad y muerte; tanto desde los agentes de salud de los sistemas de sanación indígena, como de los integrantes de su grupo familiar, comunidad y/u organización.  La asistencia religiosa y espiritual indígena debe ser respetuosa con la concepción de salud y enfermedad de cada pueblo indígena, debiendo comprender al ser humano en armonía y equilibro en sus relaciones familiares y comunitarias que se dan en estrecha vinculación con la naturaleza, territorio y medio ambiente, como también con las dimensiones simbólicas, físicas, psíquicas y espirituales de cada pueblo indígena.    La asistencia religiosa y espiritual indígena importa el fomento, la protección, recuperación y rehabilitación de la salud propia de cada pueblo.  La asistencia religiosa y espiritual indígena consiste en toda acción que tenga por fin fomentar, proteger que las personas indígenas gocen y ejerzan plenamente una salud espiritual, psíquica y física. Una vez afectada por una enfermedad propia y/u occidental conlleva toda acción de recuperación y rehabilitación para que se restablezca su equilibrio personal, familiar, comunidad y/u organización.  El prestador institucional público debe respetar la asistencia religiosa y espiritual indígena debiendo para ello considerar las circunstancias económicas, geográficas, territoriales, sociales, culturales, rurales y/o urbanas de cada pueblo indígena, a fin que cumpla con su rol garante de fomentar y proteger los métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales de dichos pueblos, por ende, no se podrá transgredir la religión y espiritualidad indígena, ni menos provocar efectos perniciosos y sufrimiento espiritual tanto a la persona y familiares como a la comunidad y/u organización. | **Asistencia religiosa o espiritual.** Es el acompañamiento y apoyo por parte de los agentes de los sistemas de sanación indígena, integrantes de su grupo familiar y comunitario a aquellas personas pertenecientes a pueblos indígenas que se encuentran internadas en los servicios de hospitalización. Dicho acompañamiento consistirá en brindar a la persona atención espiritual y cuidados durante su proceso de recuperación, sanación y buen morir, usando elementos terapéuticos, simbólicos y ceremoniales propios de cada pueblo. |
|  |  |
| **Atención de salud con pertinencia cultural indígena.** Es el derecho que detentan todas las personas, familias, comunidades, asociaciones y/u organizaciones de cada pueblo indígena a acceder y recibir oportunamente las acciones de salud de fomento, protección, recuperación y rehabilitación tanto de la salud propia, métodos de sanación y curativos ancestrales de su pueblo indígena como de la salud que desarrolla la autoridad única sanitaria.  Toda persona tiene derecho a que la atención de salud con pertinencia cultural indígena sea entregada en centros y establecimientos de salud administrados y controlados autónomamente por las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de su pueblo indígena, por ende, y para que esto sea posible la autoridad única sanitaria tendrá la obligación de proporcionar los recursos humanos, materiales y económicos a tal pueblo.  La autoridad única sanitaria a fin de asegurar el derecho establecido en el inciso anterior debe facilitar y entregar todos los recursos humanos, materiales, económicos para la construcción de centros y establecimientos de acuerdo a la integridad cultural y territorial de cada pueblo indígena y deberá establecer las vinculaciones estratégicas con el intersector ministerial respectivo o con el Ministerio de Bienes Nacionales con el objeto de alcanzar estos fines. Estos centros y establecimientos deben ser entregados en dominio a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de cada pueblo indígena.  El prestador institucional público administrara en conjunto con los pueblos indígenas los establecimientos sanitarios a fin de garantizar y proteger el derecho a la participación, por consiguiente, se ajustará la normativa administrativa a fin de asegurar este derecho.  La atención de salud con pertinencia cultural indígena importa para el prestador institucional público la obligación de evitar y erradicar toda mala práctica en la actividad sanitaria que conlleve tanto una transgresión a la integridad cultural y territorial como las que signifiquen la asimilación, invisibilización y fenómenos de etnofagia en perjuicio de las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de cada pueblo indígena, cuya obligatoriedad se extiende a los funcionarios de salud en su conjunto, tales como: médico, enfermera y demás personal sanitario.  La atención de salud con pertinencia cultural indígena debe incorporar transformaciones técnicas y organizacionales de modo tal que los prestadores institucionales públicos ejecuten el proceso de atención en salud de las personas pertenecientes a pueblos indígenas, en forma coherente con sus contextos culturales, epidemiológicos, geográficos, demográficos y sociales en que habitan y teniendo en cuenta la diversidad existente entre los propios pueblos indígenas.  Estas transformaciones se traducen en un modelo de gestión que los prestadores institucionales públicos construyen con las instancias de participación indígena en salud, incorporando modificaciones pertinentes en sus procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales de todo tipo, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud de los pueblos indígenas.  Los pueblos originarios podrán participar en el comité ética con pleno ejercicio del derecho a la participación. | **Atención de salud con pertinencia cultural**. Es aquella relación respetuosa entre los equipos de salud y las personas pertenecientes a pueblos indígenas en el proceso de atención de salud, basada en el reconocimiento que estos hacen a la cultura, filosofías de vida, conceptos de salud-enfermedad y sistemas de sanación propios de los pueblos indígenas, para entregar servicios de salud integrales y de calidad.  La atención de salud con pertinencia cultural incorpora adecuaciones técnicas y organizacionales que los prestadores institucionales públicos realizan al proceso de atención en salud de las personas pertenecientes a pueblos indígenas, coherente con sus contextos culturales, epidemiológicos, geográficos, demográficos y sociales en que habitan y teniendo en cuenta la diversidad existente entre los propios pueblos indígenas.  Estas adecuaciones se traducen en un modelo de gestión que los prestadores institucionales públicos construyen con las instancias de participación indígena en salud, incorporando ajustes en sus procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales de todo tipo, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud de los pueblos indígenas. |
|  |  |
| **Facilitador con pertinencia cultural indígena.** Es aquella persona indígena que se desempeña como nexo mediador entre el prestador institucional público, los equipos multidisciplinarios de salud y las personas, familias, comunidades, asociaciones y/u organizaciones de su pueblo indígena, como también con las personas y familias no indígenas; asimismo es un nexo entre estos actores con los centros y establecimientos de salud propia y los sistemas de sanación indígenas.  La labor de nexo mediador supone que el facilitador con pertinencia cultural indígena asesora al equipo multidisciplinario de salud en la atención de servicios sanitarios, por lo tanto, el prestador institucional público deberá asegurar que existan los facilitadores que resulten necesario para asegurar la atención de salud con pertinencia cultural indígena debiendo existir estos por cada pueblo en la red de salud en cada uno de los niveles.  El facilitador con pertinencia cultural indígena mantiene un vínculo contractual, continúo y permanente con el prestador institucional público, por ende, gozará y tendrá derecho a condiciones laborales dignas y de seguridad social. En este sentido, el prestador institucional público debe asegurar que el facilitador con pertinencia cultural indígena cuente con los insumos e infraestructura que requiera para la realización efectiva de sus funciones.  La vinculación contractual referida debe fundarse en el Convenio Nro. 169 de la OIT y demás tratados internacionales de derechos humanos, por consiguiente, el facilitador con pertinencia cultural indígena debe ser da la confianza de los pueblos y la designación de estos se realizará autónomamente por las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de su pueblo indígena.  El facilitador con pertinencia cultural indígena debe ser validado por su comunidad de origen, asociaciones y organizaciones indígenas, esto significa que debe cumplir con la competencia de su rol, funciones y cuenta con la confianza de dichas comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas, en tanto ello, no podrá ser removido de su cargo por decisión unilateral del prestador institucional público.  Esta relación contractual es sostenida con el prestador institucional público y desarrollará sus funciones en los establecimientos de la red asistencial, forma parte del modelo de salud intercultural y debe estar asegurado que ejerza su rol y funciones no pudiendo destinarlo a otras actividades que no le son propias.  La remuneración del facilitador con pertinencia cultural indígena debe asimilarse 800.000 líquidos al grado \_\_\_\_ de Escala Única de Sueldos Decreto Ley N° 249 de 1973, como también al grado \_\_\_\_ de la Ley Nro. 20.883 que establece la Escala de Sueldos Base y Asignaciones de los Funcionarios Municipales. El facilitador con pertinencia cultural indígena no requiere educación formal, sino que debe tener un conocimiento de medicina, cultura, lengua, técnicas de sanación y curativas de su pueblo indígena, como asimismo, debe tener habilidades blandas.  El prestador institucional público debe capacitar de manera continua a los facilitadores interculturales. | **Facilitador Intercultural**: Es aquella persona indígena que se desempeña como nexo mediador entre el prestador institucional público, las personas, familias y comunidades indígenas. Así mismo es un nexo entre estos actores y los sistemas de sanación indígenas. Conoce la cultura propia de su pueblo, mantiene vínculos con su comunidad de origen y/u organizaciones, es hablante de su lengua originaria de acuerdo a la realidad territorial.  El facilitador intercultural mantiene un vínculo contractual con el prestador institucional público, se desempeña como funcionario en los establecimientos de la red asistencial y forma parte del modelo de salud intercultural. |
|  |  |
| La mesa de sistematización no sólo proponer un concepto de facilitador con pertinencia cultural indígena, sino que introdujo conceptos inéditos a fin de fortalecer los ámbitos de goce del derecho de la salud según preceptúa el artículo 25 del Convenio Nro. 169 de la OIT, a su vez, para fortalecer el derecho a la salud con pertinencia cultural indígena y se propone la creación de una institución nueva, y tales definiciones son:  a) Asesor con pertinencia cultural indígena.  b) Salud con pertinencia cultural indígena.  c) Enfermedad propia.  d) Casa de acogida con pertinencia cultural indígena.  e) Consejo indígena en salud.  f) Departamento de atención al usuario indígena. |  |
|  |  |
| **Asesor con pertinencia cultural indígena**. Es aquella persona indígena que ejerce funciones de liderazgo, coordinación, gestión, planificación, evaluación, asesoría cultural y territorial relacionado con los sistemas de salud indígena y servicios de salud apropiados, por ende, el prestador institucional público y los equipos multidisciplinarios de salud debe proporcionar las condiciones y recursos para ejerza en forma real y efectiva sus funciones.  En todo prestador institucional público debe existir un asesor con pertinencia cultural indígena y en cada nivel de la red de salud.  El asesor con pertinencia cultural indígena integra y forma parte de los equipos multidisciplinarios de salud que funciona al interior del prestador institucional público, asimismo, es miembro junto a los representantes indígenas del Comité de Ética.  La labor del asesor con pertinencia cultural indígena supone la de coordinar el trabajo y actividades de los facilitadores con pertinencia cultural indígena, la de estos con los equipos multidisciplinarios de salud, como también entre estos actores con los centros y establecimientos de salud propia y los sistemas de sanación indígenas.  El asesor con pertinencia cultural indígena en el ejercicio de sus funciones debe planificar, monitorear y evaluar los planes de salud relativos a los pueblos indígenas del Servicio de Salud respectivo. En el marco de sus funciones le corresponde recoger e identificar las necesidades, demandas y propuestas que formulan las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de los pueblos indígenas a nivel territorial para que mejorar la calidad de las prestaciones de salud apropiados y establecer las mejoras en los modelos de salud con pertinencia cultural indígena, por lo tanto, el prestador institucional público debe proporcionar los recursos humanos, materiales y económicos que le permitan cumplir con cada una de sus funciones.  El prestador institucional público debe capacitar de manera continua a cada asesor con pertinencia cultural indígena que se desempeñen en su territorio jurisdiccional.  El asesor con pertinencia cultural indígena mantiene un vínculo contractual, continúo y permanente con el prestador institucional público, por ende, gozará y tendrá derecho a condiciones laborales dignas y de seguridad social. En este sentido, el prestador institucional público debe asegurar que el asesor con pertinencia cultural indígena cuente con los insumos e infraestructura que requiera para la realización efectiva de sus funciones.  La vinculación contractual referida debe fundarse en el Convenio Nro. 169 de la OIT y demás tratados internacionales de derechos humanos, por consiguiente, el asesor con pertinencia cultural indígena debe ser da la confianza de los pueblos y la designación de estos se realizará autónomamente por las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de su pueblo indígena.  El asesor con pertinencia cultural indígena debe ser validado por su comunidad de origen, asociaciones y organizaciones indígenas, esto significa que debe cumplir con la competencia de su rol, funciones y cuenta con la confianza de dichas comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas, en tanto ello, no podrá ser removido de su cargo por decisión unilateral del prestador institucional público.  Esta relación contractual es sostenida con el prestador institucional público y desarrollará sus funciones en los establecimientos de la red asistencial, forma parte del modelo de salud con pertinencia cultural indígena y debe estar asegurado que ejerza su rol y funciones no pudiendo destinarlo a otras actividades que no le son propias.  La remuneración del asesor con pertinencia cultural indígena debe asimilarse 1.000.000 líquidos al grado \_\_\_\_\_\_\_ de Escala Única de Sueldos Decreto Ley N° 249 de 1973, como también al grado \_\_\_\_\_\_ de la Ley Nro. 20.883 que establece la Escala de Sueldos Base y Asignaciones de los Funcionarios Municipales. El asesor con pertinencia cultural indígena no requiere educación formal, sino que debe tener un conocimiento de medicina, cultura, lengua, técnicas de sanación y curativas de su pueblo indígena, como asimismo, debe tener habilidades blandas, de negociación, liderazgo, compromiso y con trayectoria en comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas. |  |
|  |  |
| **Salud con pertinencia cultural indígena.** Es una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, equidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo la identidad e integridad cultural y territorial propia de cada pueblo indígena, lo que implica el derecho a la salud ancestral, acceso a ella y a su práctica de sanación.  En este sentido las personas, comunidad y asociaciones tendrán derecho a las prácticas curativas ancestrales, entendiendo que tales conocimientos pertenecen al pueblo indígena, por tanto, las formas de sanación y saberes curativos deben ser otorgados y manejados por personas que detenten el conocimiento prácticos y de sabiduría espiritual indígena que les permiten sanar a nivel físico, mental y espiritual respetando los espacios sagrados y el territorio material e inmaterial.  La salud con pertinencia cultural indígena implica el derecho a organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física, mental y espiritual, asimismo, este derecho conlleva el acceso y la práctica de los métodos de prevención, prácticas curativas, medicinas ancestrales, medicamentos ancestrales, hierbas medicinales e integridad territorial de cada pueblo indígena, también implica el derecho a que el conocimiento de sanación ancestral forma parte del patrimonio material e inmaterial de cada pueblo Indígena, por ende, no puede ser objeto de comercio humano ni patentizable.  No constituye salud con pertinencia cultural indígena todo acto, atención y/o intervención sanitaria que importe desconocer, invisibilizar, asimilar, integrar y de fenómenos de etnofagia que desconozca identidades, integridad cultural, y cosmovisión de los Pueblos Originarios. |  |
|  |  |
| **Enfermedad propia.** Es la ruptura de la armonía y del equilibrio en las relaciones que se manifiestan en la distintas situaciones, sean de carácter individual, familiar y/o comunidad por una transgresión espiritual, al medio ambiente, integridad cultural y territorial que provocan un padecimiento físico, psicológico, mental y/o espiritual a la persona, familia y/o comunidad, por tanto, el prestador institucional debe garantizar, proteger y asegurar que las personas, familia y comunidad reciban atención de salud ancestral y métodos curativos ancestrales para tratar dichas enfermedades.  Centro y establecimiento administrados y controlados autónomamente por los Pueblos Indígenas: Son recintos que cuentan con insumos e infraestructura con pertinencia cultural indígena donde los pueblos indígenas a través de sus comunidades, asociaciones y/u organizaciones brindan acciones de salud, practican métodos curativos y de sanación ancestral que cuentan con recursos humanos, materiales y económicos de forma que puedan gozar del máximo nivel de salud física, mental y espiritual.  El Estado de Chile debe garantizar y proveer tales recursos, asimismo, salvaguardar que las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas administren y controlen autónomamente estos establecimientos. |  |
|  |  |
| **Casa de acogida con pertinencia cultural indígena.** Es un recinto con pertinencia cultural indígena cuya finalidad es brindar alimentación, alojamiento y transporte a la persona, familiares y comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas que requieren ser asistidas por un padecimiento y/o enfermedad de manera tal que reciba servicios de salud adecuados tanto ambulatorio como ingreso a un hospitalario, así también a las personas, familiares y miembros de la comunidad, asociaciones y/u organizaciones indígenas que acompañen al enfermo. En caso que en el territorio jurisdiccional del prestador institucional público no existiese casa de acogida indígena debe el Estado de Chile asegurar que la persona, familiares y comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas accedan a los servicios de alimentación, alojamiento y transporte mientras duren servicios de salud.  La casa de acogida indígenas serán administradas y controlada autónomamente por las comunidad, asociaciones y/u organizaciones de cada pueblo indígena. |  |
|  |  |
| **Consejo indígena en salud.** Es un órgano consultivo, fiscalizador y resolutivo, encargado de velar por el cumplimiento de la política salud con pertinencia cultural indígena, del cumplimiento del presente reglamento, Ley 20.584 y demás normas pertinentes, cuyo instrumento jurídico rector es el Convenio 169 de la OIT y demás normas del Derecho Internacional sobre derechos humanos.  Este consejo debe asesorar durante la ejecución de los planes de la salud con pertinencia cultural indígena, de oficio o a petición de parte, a fin de prestar asesoría jurídica técnica en la ejecución de esos planes de salud. Será además el órgano encargado de resolver contiendas que se presenten durante la aplicación de este Reglamento.  El ámbito de acción territorial de este órgano será a nivel nacional y existirá a nivel regional el Subconsejo Indígena en Salud, este órgano es consultivo, fiscalizador y resolutivo a nivel regional respecto a todos los asuntos relativos a la salud con pertinencia cultural indígena, asimismo, es el encargado de instaurar representación a nivel local y/o comunal y cuyas facultades orgánicas y constitución estará determinado en la Ley creada especialmente para este fin.  El consejo indígena de salud, los subconsejos junto a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de los pueblos indígenas rendirán cuenta pública en el mes de marzo de cada año respecto al presupuesto y planes de la salud con pertinencia cultural indígena. |  |
|  |  |
| **Departamento de atención al usuario indígena.** Es un equipo compuesto por los facilitadores y/o asesores con pertinencia cultural indígena según sea el caso, apoyados por un profesional de las ciencias sociales y/o de la salud, su ámbito territorial estará compuesto por un Departamento a nivel de Servicio de Salud y un Departamento en cada establecimiento de atención hospitalaria. El número de personas que conformarán dicho Departamento no será inferior a 3 funcionarios, dependiendo del establecimiento de salud en el cual presten sus servicios. |  |
|  |  |
| **Modelo de salud con pertinencia cultural indígena.** Es un sistema de salud que se funda en el derecho a la autonomía de los pueblos indígenas, la vigencia de sus sistemas de salud, métodos curativos y de sanación ancestrales, y la relación de éstos con los sistemas de salud occidental, sus equipos multidisciplinarios y el prestador institucional público. Este modelo se estructura desde los principios y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT, Declaración de Naciones Unidas sobre Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos ratificados y vigentes en Chile.  Este sistema de salud se genera en forma conjunta por los equipos multidisciplinarios de salud con los pueblos indígenas para diseñar, organizar, implementar, evaluar, aplicar y actualizar de manera permanente la gestión del establecimiento de salud con la finalidad de adecuarlo culturalmente, articulándose y complementándose a los principios rectores de igualdad, éticos y no discriminación, libre determinación, integridad cultural y territorial de cada pueblo indígena, de forma de dar vigencia a sus sistemas de salud, métodos curativos y de sanación ancestrales para alcanzar el máximo desarrollo y bienestar en la perspectiva de sus concepciones de “vida buena” o “buen vivir”.  El modelo de salud con pertinencia cultural indígena debe considerar las cuestiones de fondo respecto de la situación de salud de las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas, en particular, a las determinantes estructurales, históricas y socioculturales que influyen en la salud de los pueblos indígenas, por tanto, el modelo de salud intercultural no podrá asimilar, integrar e invisibilizar ni menos propender a los fenómenos de etnofagia de la identidad e integridad cultural de cada pueblo indígena.  Un modelo de salud con pertinencia cultural indígena se desarrolla de manera diversa, fortaleciendo y validando el sistema de salud ancestral de cada pueblo, según el contexto y las características de los pueblos indígenas que se encuentran en la jurisdicción del establecimiento de salud, lo que le da su especificidad; comparte y profundiza los principios del modelo de atención integral en salud, abordando la diversidad cultural de los pueblos indígenas en dicho modelo; y se promoverá la capacitación sobre el modelo de salud intercultural a todo prestador institucional público que interactúe con los usuarios pertenecientes a pueblos indígenas.  Los pueblos indígenas tendrán derecho a participar en igualdad de condiciones en la estructuración del Modelo de salud con pertinencia cultural indígena, asimismo, la validez del modelo de salud con pertinencia cultural indígena requiere de la participación constante y permanente de cada uno de los pueblos indígenas existente en el territorio de la jurisdicción del Servicio de Salud respectivo. Este servicio además debe asegurar y proteger el derecho de participación activa con voz y voto de los pueblos mencionados en todas y cada una de las instancias de decisión existentes.  El modelo de salud con pertinencia cultural indígena supone la existencia de equipos técnicos y profesionales que trabajen a favor de las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas de cada pueblo, quienes serán sus mandantes y contarán con recursos humanos, materiales y económicos que debe proveer el prestador institucional público.  Los pueblos indígenas a través sus comunidades, asociaciones y/u organizaciones podrán ejercer mecanismos de control, evaluación y seguimiento con el objeto de introducir mejoras y modificaciones a la aplicación del modelo de salud con pertinencia cultural indígena y promover el intercambio de conocimientos con otros pueblos de la región y del país para determinar el impacto y efecto sobre la población en su calidad de vida. No se podrá desconocer que el derecho a la salud de los pueblos indígena es colectivo. | **Modelo de salud intercultural:** es la forma en que los equipos de salud de manera conjunta con los pueblos indígenas diseñan, organizan, implementan, evalúan y actualizan la gestión del establecimiento de salud, con la finalidad de adecuarlo culturalmente, articulándose y complementándose con los sistemas de sanación de los pueblos indígenas para mejorar las condiciones de salud de las personas y comunidades indígenas, favoreciendo el mejor estado de bienestar posible en la perspectiva de sus concepciones de “vida buena” o “buen vivir”.  Un modelo de salud intercultural se desarrolla de manera diversa según el contexto y las características de los pueblos indígenas que se encuentran en la jurisdicción del establecimiento de salud, lo que le da su especificidad. Comparte y profundiza los principios del modelo de atención integral en salud abordando la diversidad cultural de los pueblos indígenas en dicho modelo. |
|  |  |
| **Prestador Institucional Público.** Son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales públicos medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad, sean o no autogestionado en red. Corresponde a sus órganos la misión de velar porque en los establecimientos indicados se respeten los contenidos del presente reglamento, el Convenio Nro. 169 de la OIT, la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos vigentes y ratificados por Chile.  Es deber del prestador institucional público velar por garantizar y proteger tanto los derechos humanos individuales y colectivos de los pueblos indígenas como el derecho a la atención de salud con pertinencia cultural en su actividad sanitaria y en toda la red de salud. Lo que constituyen una directriz del quehacer y gestión del prestador institucional público para la acreditación de calidad sanitaria y es un eje de cumplimiento de las metas de gestión institucional.  El prestador debe fomentar, asegurar y proteger la participación de las organizaciones y comunidades en la toma de decisión de cualquier índole que les afecten, debiendo además asegurar la participación de estos en el Comité de Ética.  En caso que el prestador institucional público requiera comprar servicios al sistema de salud privado, deberá cautelar que los Términos de Referencia establezcan las condiciones institucionales para que, en caso de ser solicitado por personas pertenecientes a pueblos indígenas, éstas puedan contar con:   * 1. Asistencia espiritual por parte de agentes de salud indígena,   2. Acompañamiento de los miembros de la comunidad, asociaciones y/u organizaciones indígena.   3. Acompañamiento del facilitador con pertinencia cultural indígena.   4. Uso de sus propias medicinas y sistema de salud indígena,   5. Los términos de referencia deben ser validados por las comunidades, asociaciones y organizaciones indígenas del territorio del prestador institucional público.   6. En cada etapa de la prestación de salud se debe respetar el presente reglamento, el Convenio Nro. 169 de la OIT, la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos vigentes y ratificados en Chile.   El prestador institucional público en conjunto a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas redactarán los términos de referencia y en cada una de las etapas del proceso de licitación pública y/o compras públicas podrá participar en igualdad de condiciones a fin que el prestador de servicio de salud privado, sea persona natural o persona jurídica, observe cabalmente el este reglamento en caso que se adjudique la licitación o la compra pública. | **Prestador Institucional Público:** Son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales públicos medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Les corresponde específicamente a la dirección técnica del establecimiento; hospitales, y consultorios, la misión de velar porque en éstos se respeten y garanticen los derechos contenidos en el presente reglamento.  En caso que el prestador institucional público requiera comprar servicios al sistema de salud privado, deberá cautelar que los Términos de Referencia establezcan las condiciones institucionales para que, en caso de ser solicitado por personas pertenecientes a pueblos indígenas, éstas puedan contar con:   1. asistencia espiritual por parte de agentes de salud indígena, 2. acompañamiento del facilitador intercultural y 3. uso complementario de sus propias medicinas. |
|  |  |
| **Pueblos Indígenas**. Son los pueblos en países independientes que descienden de quienes habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época precolombina, la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ella.  La conciencia de su identidad indígena es un criterio fundamental en la aplicación de este reglamento y demás normativa sanitaria.  Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación y en ejercicio de este derecho podrán determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural. Asimismo, tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo, en especial, en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan, además podrán administrar y controlar autónomamente esos programas mediante sus propias instituciones. | **Pueblos indígenas:** son aquellos a los que el Convenio 169 de la OIT considera indígena por descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.  Así como aquellos que la Ley Indígena Nº 19.253 señala como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos que conservan manifestaciones culturales propias, reconociendo como principales pueblos indígenas de Chile a; mapuche, aymara, rapanui, licanantay, quechuas, colla, diaguitas, kawashkar y yámana. |
|  |  |
| **Sistemas de sanación de los pueblos indígenas.** Es el conjunto de conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas sustentado en sus propias cosmovisiones y cosmogonías, fundada en el ecosistema, naturaleza, recursos naturales, lugares sagrados, territorio y la relación visible e invisible de estos con los Pueblos Indígenas respetando la espiritualidad que tiene una manifestación en el mundo material e inmaterial.  Los sistemas de sanación forman parte del patrimonio material e inmaterial de los Pueblos Indígenas y son estos los titulares de tales conocimientos ancestrales, recursos, métodos de prevención, prácticas curativas, medicamentos tradicionales y técnicas terapéuticas ancestrales, por consiguiente, no puede ser objeto de apropiación de ningún modo y está fuera del comercio humano, tales como: sistema registral, de patentización y cualquier otro acto que importe aquello.  Estos sistemas de sanación hacen uso de conocimientos ancestrales, recursos, métodos de prevención, prácticas curativas, medicamentos tradicionales y técnicas terapéuticas ancestrales, a fin de desplegar acciones de equilibrio e interrelación, las que propenden a la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en beneficio de las personas, familias, comunidades y territorios, asimismo, debe fomentar, garantizar y respetar la identidad indígena y especificidad del Pueblo Indígena, mediante estructuras de organización y funcionamiento territorial en el que los agentes de salud indígena validados y reconocidos cumplen un rol fundamental para mantener el bienestar y la salud espiritual, psicológica, social y física.  El prestador institucional público no podrá transgredir los sistemas de sanación de los pueblos indígenas, asimismo, se respetaran y validaran las acciones desarrollas por los Pueblos Indígenas que existan en el territorio.  Los sistemas de sanación se debe asegurar que las personas indígenas, familia y comunidad puedan gozar de su propia salud ancestral y a practicarla, de acuerdo a las condiciones económicas, geográficas, sociales, culturales, identidad y territorial**.** | **Sistemas de sanación de los pueblos originarios**: es el conjunto de conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas sustentado en sus propias cosmovisiones para entender la vida y la muerte, la salud y la enfermedad; visiones del mundo, espiritualidad, normatividad, ciencia y conocimientos médicos, así como innovaciones derivadas de dichos conocimientos; agentes de salud indígena, métodos de prevención y promoción de la salud, prácticas curativas, lugares sagrados, ecosistemas y territorios, así como prácticas de vida que aportan a alcanzar el equilibrio y el “buen vivir” de los diversos pueblos indígenas.  Estos sistemas de sanación hacen uso de recursos, métodos y técnicas terapéuticos ancestrales, de prevención, de promoción y de protección de la salud en beneficio de las personas, familias, comunidades y territorios, mediante estructuras de organización y funcionamiento territorial en el que los agentes de salud indígena cumplen un rol fundamental para mantener el bienestar y la salud espiritual, psicológica, social y física. |
|  |  |
| **Territorio con alta concentración de población indígena.** Se entenderá por territorio con alta concentración de población indígena los lugares de residencia permanente y/o temporal de personas, comunidades y organizaciones indígenas que pertenecen a los pueblos indígenas de acuerdo a la Ley Indígena y/o al Convenio 169 de la OIT.  El derecho a la atención de salud con pertenencia cultural, como la salud ancestral o propia y su práctica es universal, inalienable, imprescriptible, colectivo, debiéndose otorgar en todo el territorio del Estado de Chile, sin que se pueda discriminar por el factor de concentración de población indígena. | **Territorio con alta concentración de población indígena**: Se entenderá por territorio con alta concentración de población indígena los lugares de residencia permanente y/o temporal de personas, comunidades y organizaciones indígenas que pertenecen a los pueblos indígenas de acuerdo a la Ley Indígena y/o al Convenio 169 de la OIT. |
|  |  |
| En los próximos párrafos se abordará directamente las afectaciones directas del reglamento que establece el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural debido a que su articulado no se condice con los lineamientos y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT, la Declaración de Naciones Unidas sobre derechos de los pueblos indígenas.  El reglamento en comento no contemplar el núcleo colectivo del derecho a la salud de los pueblos indígenas, asimismo, no se estructura desde el derecho a la autodeterminación en materia sanitaria que detentan los pueblos indígena, por ende, es menester considerar:   1. El derecho a la adecuación de la actividad sanitaria a la integridad cultural y territorial de los pueblos indígenas, lo que evitará que se vulnere por acción y/u omisión los derechos humanos de las personas indígenas. 2. Se hace indispensable considerar las experiencia del PESPI y de las organizaciones indígenas que han trabajado en la salud ancestral y sus prácticas curativas a fin de no repetir experiencias que no han reportado beneficio, sino que han replicado mecanismos de integración e invisibilización de las identidades y saberes indígenas 3. Se requieren que se establezca mesas de trabajo que permitan evaluar la implementación del reglamento y los nudos críticos. Con esto se podrá garantizar que las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas puedan accionar con plena sujeción al derecho de participación. 4. El reglamento no contempla en forma clara y precisa de qué forma se ejercerá el derecho de participación en las instancias de toma de decisión, menos en el comité de ética.   En virtud de lo expuesto en cada una de las jornadas, unido al tenor del reglamento propuesto, se estimó que introducir modificaciones en texto del reglamento no resulta de vital importancia, sino que lo relevante era establecer las afectaciones directas del reglamento, lo que se desarrolló en esta sesión y las que se celebraron los días 21 y 23 de junio del año en curso.  El fundamento de esta decisión se yergue en el derecho a la consulta cuyo objeto primario es determinar la afectación, por ende, el hecho de trabajar en las definiciones y/o texto de cada uno de los artículos implicado desplegar diversas acciones que importa cuestionar el sentido y alcance del reglamento, a su vez, se reclama la observancia de los estándares internacionales de este proceso de participación y consulta y del texto final de reglamento. No obstante ello, resulta fundamental abordar la afectación de medida administrativa en este proceso.  En definitiva abordar el texto del reglamento propuesto no asegura que se respete y proteja efectivamente la identidad e integridad cultural y territorial de cada uno de los Pueblos Indígenas, ni menos el contenido colectivo del derecho a salud. Por consiguiente, realizar observaciones sin abordar los ámbitos de afectación directa desnaturaliza el derecho a la consulta haciéndola ineficaz en la protección de derechos humanos de las personas indígenas.  Entendiendo que el reglamento es una norma de carácter general es altamente factible que a raíz de la desconsideración de las cuestiones de fondo que han determinado no sólo la posición de los Pueblos Originarios en la estructura social dominante, sino que simplemente se ignorado que existen determinantes estructurales, históricas y socioculturales han provocado en mayor o menor medida que los ámbitos de goce y ejercicio de derechos humanos de las personas indígenas no sea en condiciones de igualdad y con plena participación en toma de decisiones en aquellos asuntos que le empecen. A su vez, ha implicado que la aplicación de la norma chilena ha permitido homogenizar a estos pueblos desconociendo las distintas identidades e integridades culturales y territoriales privilegiando la de idea de la unidad como todo sin distinción, en consecuencia, el reglamento requiere establecer institutos jurídicos que eviten la homogenización de las distintas culturales y saberes ancestrales a fin de evitar tanto la integración e invisibilización como la etnofagia, en tanto proceso discriminatorios y arbitrarios.  Resulta relevante que el reglamento establezca el derecho a la igualdad de forma tal que no se asimile un pueblo indígena a otro y que se haga prevalecer un pueblo en desmedro del otro, asimismo, es necesario radicar aquellos fenómenos de generalización de la salud ancestral y métodos sanación de cada Pueblos Indígenas, por consiguiente, es necesario regular estos aspectos a fin de no producir afectación directa.  El reglamento propuesto se estructura desde la idea de servicios apropiados, empero no contemplar los lineamientos y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT, en tanto ello, es posible que esta medida administrativa y su implementación afecte directamente tanto el derecho a la salud como otros derechos humanos: el de la participación, el de la autodeterminación y/o autonomía, el de la integridad cultural y demás derechos.  En este sentido, el reglamento requiere establecer que los modelos de salud ancestral se estructuren desde la óptica de la autonomía y en igualdad de condiciones no sólo para ampliar los derechos de seguridad social y de salud debido a que existen enfermedades propias que requiere de licencias médicas y de cuidados específicos. Por consiguiente, contar con centros y/o establecimientos sanitarios propios resulta necesario para alcanzar los estándares internacionales del derecho a la salud y su plena manifestación colectiva.  La ampliación de los ámbitos de protección y del ejercicio igualitario de derechos humanos de las personas indígenas se requiere abordar asuntos relacionados con el Fondo Nacional de Salud a fin que se contemple que parte de las prestaciones médicas que deben costearse por este sistema son los relacionados con los actos de salud ancestral y métodos curativos, en tanto ello, se requiere que tal fondo destine fondos necesario a fin de financiar el cuarto eje del ¨PESPI” con pleno respeto a la identidad e integridad cultural indígena tanto el acceso a la salud ancestral como a la práctica de la propia medicina prescindiendo de la lógica de complementariedad a la actividad sanitaria.  La conceptualización de salud y su equilibro necesariamente se yergue desde los distintos componentes del mundo concreto, abstracto, simbólico y espiritual, a su vez, la relación de estos con el ser humano, familia y comunidad y/u organización del pueblo indígena, por ende, el derecho a la integridad cultural estructura el derecho a la salud. Es decir, los fenómenos y procesos que impliquen asimilar, aculturizar, integrar e invisibilizar a los Pueblos Indígenas constituyen en su mismo una quebrantamiento flagrante tanto al Convenio Nro. 169 de la OIT, como una transgresión que genera padecimientos espirituales y/o corporales que ocasiona enfermedad que afecta tanto a la persona y familiares como a su comunidad.  Estas concepciones constituyen un factor diferenciador el significado de salud y en el vocablo enfermedad, lo que en definitiva implica que la integridad cultural y territorial estructura y cimentan la salud ancestral y su práctica en más amplio sentido y alcance.  El desplazamiento territorial ocasionado por la anexión violenta de los territorios indígenas al Estado de Chile, ha generado una serie de injusticia que ha sido documentada en diversos textos oficiales, como por ejemplo: Informe de la Comisión Histórica y Nuevo Trato.  En definitiva, el desplazamiento territorial es en sí mismo un factor generador de fenómenos y procesos que implican asimilar, aculturizar, integrar e invisibilizar a los Pueblos Indígenas, por tal motivo, es necesario tenerlos siempre presente a la hora de comprender y conceptualizar el derecho a la integridad cultural de los Pueblos Indígenas a fin de erradicarlos en la actividad sanitaria.  Esta directriz implica la obligación estatal de establecer mecanismos jurídicos y técnicos que respondan de manera efectiva y eficiente de ampliar los ámbitos de protección y respeto a los derechos humanos colectivos de los Pueblos Indígenas, por ende, la integridad cultural conlleva el derecho a administrar y controlar centros de salud propios a fin de que garantizar y respetar el derecho a la salud ancestral y su práctica en las condiciones que establezcan dichos pueblos. Correlativamente importa la obligación estatal la de otorgar y proveer los recursos humanos, materiales y económicos, todo lo cual, hace del todo necesario que los procesos administrativos y el quehacer estatal se flexibilicen y se ajusten a este estándar internacional a modo de prevenir y erradicar la afectación directa a los Pueblos Indígenas.   1. **Derecho al territorio material e inmaterial en todas sus dimensiones y bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**   No hay Salud sin acceso y control de los recursos naturales, como también, al territorio y la falta real y efectiva de protección ha generado una sobreexplotación de esos recursos y se ha prescindiendo del parecer y voluntad de los Pueblos Indígenas, en tanto ello, implica que la actividad estatal desprotege la conexión y vinculación temporoespacial circular del territorio material e inmaterial de los Pueblos Indígenas que los afecta directamente y demás ciudadanos.  El derecho al territorio material e inmaterial necesariamente implica que los Pueblos Indígenas tienen la facultad de acceso a tal vinculación por ser titulares del conocimiento ancestral que funda en relaciones de cuidado y sanación del ser humano, familiar y comunidad, cuyo medicina se encuentran en la naturaleza y sus recursos naturales bajo el principio de reciprocidad y respeto por la ñuke mapu y/o pachamama.  El reglamento debe contemplar que los Pueblos Indígenas entiende el equilibro material e inmaterial con naturaleza y sus fuerzas, ya que sólo desde esta concepción se asegura los proceso de sanación y reciprocidad.   1. **Derecho a la autodeterminación y a la autonomía bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**   El reglamento se estructura desde la óptica de servicios de salud adecuado sin considera el derecho a administrar y controlar autónomamente centros y establecimientos salud, como tampoco la facultad de co-administrar establecimientos de salud en igualdad de condiciones en cada uno de los niveles sanitarios.    Este derecho no se contempla en el texto de reglamento, sin embargo, es la forma de manifestarse el de derecho a la salud de acuerdo al artículo 25 de Convenio Nro. 169 de la OIT, en consecuencia la estructuración del derecho a la salud del reglamento constituye en sí mismo una afectación directa al no resguardar el derecho a la autodeterminación en materia de salud, a su vez, el de la participación.  En este sentido, lo relevante es alcanzar lo siguiente:   1. La priorización de los asuntos de salud y cualquier otra naturaleza sólo compete a losPueblos Indígenas, por lo tanto, es del todo necesario que se respete el derecho a decidir por ellos mismo en función a sus necesidades, lo que importa la facultad de decidir autónomamente y la de contar con presupuesto adecuados y que se ajusten a la ejecución de la medida adopten estos pueblos, sólo así se evitará que se privilegien intereses nacionales en desmedro a los de dichos pueblos y que tales decisiones se adopten en forma unilateral por parte de la autoridad única sanitaria y/o prestador institucional público. 2. Es necesario que se plasme en forma expresa que son los Pueblos Indígenas son los titulares del derecho de salud propia y a su práctica, a su vez, se regule con claridad las obligaciones estatales al respecto. 3. El sistema de salud propia puede sanar y restablecer la salud de las personas, no obstante ello encuentra en una posición de desigual frente a la salud occidental, incluso a la salud intercultural, lo que importa diversos efectos directos tanto el goce y ejercicio del derecho a la salud, ya explicados, como en distintas áreas de la seguridad social, tales como: otorgamiento de licencias médicas, enfermedades profesionales, accidente de trabajo entre otros asuntos. 4. Se ha realizado un trabajo en salud por más de 20 años sin que exista una coordinación institucional fundada y respetuosa del derecho a la autodeterminación y autonomía de los Pueblos Indígenas. Lo que ha ocasionado que el modelo de salud intercultural prime por sobre de la salud propia y/o ancestral y métodos de sanación, asimismo, provocando que prevalezca la orgánica y funcionamiento estatal en perjuicio de esos pueblos y que se validen los fenómenos de etnofagia en materia sanitaria. 5. El derecho de la salud que detenta las personas Indígenas es de carácter colectivo y se estructura de la autodeterminación y/o autonomía, por ende, este derecho implica la facultad de administrar y control directamente centros y/o establecimiento sanitarios. 6. **Derecho a la salud ancestral y prácticas ancestrales curativas y de sanación bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**   El reglamento tiene por objeto regular servicios de salud occidental apropiados, asimismo, no busca normar el sistema propio de salud de cada Pueblos Indígenas, ni menos a los agente de salud ancestral de cada Pueblos Indígenas. No obstante ello, nada dice respecto a las obligaciones estatales de fomento, respeto y protección de la salud ancestral y de acceso a las prácticas de curativas.  En este sentido, y a raíz de no contemplar plenamente la manifestación del derecho de la salud según prescribe tanto el Convenio Nro. 160 de la OIT como la Declaración de Naciones Unidas sobre los Pueblos Originarios, implica una afectación directa y sería este derecho como a los demás prerrogativas humanas.   1. **El derecho de los pueblos indígenas a contar con los recursos humanos, materiales y económicos optimos bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**     El sistema de protección internacional derechos humanos ha consagrado los Estados deben procurar ampliar los ámbitos de respeto y protección, lo que adquiere especial relevancia en todos los asuntos en que se pueda afectar a los Pueblos Indígenas, por ende, una de las obligaciones estatales dice relación con la procurar todos los recursos humanos, materiales, inmateriales, económicos que les permitan goza y ejercer a las personas indígenas en igualdad de condiciones en la actividad sanitaria y de cualquier otra naturaleza que les incumba por empecerles. Lo que no está debidamente asegurado tanto en la propuesta del reglamento como en su implementación, ya que esto último no ha sido debidamente informado.  Dentro de este contexto, el reglamento propuesto envuelve una afectación directa por contemplar este derecho para asegurar en forma efectiva la manifestación colectiva del derecho a la salud de los Pueblos Originarios, en particular, se merma o simplemente se priva a los Pueblos Indígenas de administrar y controlar centros y/o establecimientos de salud, por lo demás, de tenor del reglamento se mantiene la concepción de la necesidad de la tutela estatal de estos pueblos, por ende, el reglamento propuesto importa una afectación directa.   1. **No contempla los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas bajo las directrices y cánones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas.**   Los Pueblos Indígenas detentan derechos desde la concepción de comunidad y pertenencia a ella, lo que influye en la configuración de los derechos humanos, por ende, la actividad estatal debe respetar la integridad cultural y territorial a fin de evitar que se les afecte directamente.  Se requiriere establecer instituto jurídicos eficaces en el fomento, respeto y protección en la actividad sanitaria a fin no asimilar la salud occidental y/o intercultural a la salud ancestral. | **TÍTULO II**  **DEL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD INTERCULTURAL** |
| **Artículo 5º:** Para dar cumplimiento a la obligación de asegurar a las personas indígenas una atención de salud con pertinencia cultural, los prestadores institucionales públicos, a través de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, deberán realizar de manera progresiva las adecuaciones que hacen efectivo el desarrollo e implementación del o los modelos de salud intercultural.  Los modelos de salud intercultural deberán contener a lo menos los siguientes componentes:  **PÁRRAFO 1º**  **Participación indígena en los modelos de salud intercultural**  Artículo 6º. La participación de los pueblos indígenas se incorpora transversalmente en el quehacer de los prestadores institucionales públicos para que dichos pueblos puedan incidir en la toma de decisiones del modelo de salud intercultural.  Para hacer efectiva la participación de los pueblos indígenas los prestadores institucionales públicos deberán:  a. Contar con instancias de participación específicos en materia de salud y pueblos indígenas en los establecimientos de salud. Estas son instancias de participación institucional permanentes, que se sustentan sobre la base del diálogo, la búsqueda de consensos, el respeto a la decisión o validación comunitaria. Estas instancias serán el espacio para abordar los temas relativos a la salud de los pueblos indígenas, tendrán carácter resolutivo y deberán estar constituidas por directivos y personal de salud del establecimiento y por representantes de pueblos indígenas del área de jurisdicción del mismo.  b. Incorporar la participación y asesoría de facilitadores interculturales, agentes de salud indígena o líderes y autoridades tradicionales representativos, en los Comité de Ética Científico o Clínico donde se analicen situaciones o proyectos que directa o indirectamente afecten a indígenas o a sus derechos en relación a sus conocimientos o prácticas de sanación.  c. Facilitar la incorporación de representantes de pueblos indígenas de su área de jurisdicción en las instancias de participación definidas en la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud (Res. Ex. Nº 31 del 19 de enero de 2015)    **PÁRRAFO 2º**  **Reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos indígenas**  Artículo 7º: Los prestadores institucionales públicos establecerán la forma de hacer efectivo el reconocimiento de la existencia de los sistemas de sanación, concepciones de salud, agentes de salud y medicinas de los pueblos indígenas en el establecimiento de salud y garantizarán su articulación y complementación. Para lo anterior deberán:  a. Conocer, respetar y acoger los principios orientadores de los sistemas de sanación indígenas en su quehacer institucional.  b. Los establecimientos de salud hospitalarios, deberán permitir el ingreso de agentes de salud indígena para otorgar atención a personas que se encuentren internados, cuando sea solicitado por ésta, sus familiares o el facilitador intercultural, en un marco de respeto de sus procesos de atención.  **PÁRRAFO 3º**  **Los/as facilitadores/as interculturales**  Artículo 8º: Los prestadores institucionales públicos deberán contar con facilitadores interculturales en los establecimientos de salud, a solicitud comunitaria, y/o por requerimiento de los equipos y Servicios de Salud. Al prestador institucional le corresponderá:  a. Garantizar, que en las instancias de selección y evaluación institucional de los facilitadores interculturales participen también representantes de comunidades y/u organizaciones indígenas del territorio donde se desempeña el facilitador intercultural.  b. Generar las condiciones para que el/la facilitador/a intercultural forme parte del equipo de salud del establecimiento.    c. Proveerlo de capacitación permanente.  d. Asimismo el prestador institucional dispondrá los medios para que los/as facilitadores/as interculturales cuenten con un espacio de trabajo adecuado, pertinente y visible para la atención de las personas indígenas.  e. El prestador institucional dará facilidades para la participación del facilitador intercultural en las actividades ceremoniales organizadas por su comunidad de origen, organización u otras comunidades de su territorio.  f. En lo que refiere al cumplimiento de las funciones de este recurSo humano, el prestador institucional público deberá otorgar las condiciones para el pleno ejercicio de éstas.  g. Sus principales funciones serán:  I. Orientar a las personas y sus familias cuando estas requieran atención de salud en la red asistencial.  II. Ser nexo entre el equipo de salud y/o agentes de salud indígena.  III. Apoyar a la persona enferma y al equipo de salud en resolver situaciones donde lo cultural sea relevante para la recuperación de la salud.  IV. Establecer coordinación con los diferentes servicios clínicos y administrativos del establecimiento en atención ambulatoria y hospitalización, así como colaborar en la realización de la derivación asistida a la red de salud comunitaria.  V. Asesorar a los equipos de salud en la transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud y orientar en la formulación de programas de capacitación, de acuerdo a las necesidades y requerimientos detectados en la comunidad.  VI. Ser el responsable de realizar la referencia y contra referencia al sistema de salud indígena y de efectuar el acompañamiento a quienes acceden a dicho sistema.  VII. Asesorar al equipo de salud en el funcionamiento de la instancia de participación indígena en salud del establecimiento.  VIII. Promover la inclusión de acciones de prevención y promoción de la salud en el marco de una atención integral con pertinencia cultural.  IX. Asesora al equipo de salud en la adecuación y armonización de normativas y regulaciones de los programas de salud de acuerdo al contexto y realidad cultural  **PÁRRAFO 4º**  **Infraestructura y adecuaciones espaciales de los establecimientos de salud**  Artículo 9º: A los prestadores institucionales públicos les corresponderá garantizar estándares de pertinencia cultural y participación, en el diseño de los modelos médico arquitectónicos. Así como también deberán incorporar señalización en español y en lengua indígena del territorio de referencia donde existan personas indígenas hablantes de lenguas originarias, y donde no existan hablantes, se evaluará su pertinencia en función del rescate y fortalecimiento cultural bajo la validación de instancias de participación indígena en salud y/o facilitador intercultural.  **PÁRRAFO 5º**  **Asistencia espiritual**  Artículo 10º: Los prestadores institucionales públicos garantizarán y facilitarán en los establecimientos de salud las condiciones adecuadas de respeto, espacio, privacidad y tranquilidad para que las personas pertenecientes a pueblos indígenas puedan recibir acompañamiento espiritual, tanto de los/as agentes del sistema de sanación indígena, como también de los integrantes de su grupo familiar y comunitario. En términos operativos:  a. Dicho acompañamiento consistirá en brindar a la persona atención espiritual y cuidados durante su proceso de recuperación, sanación y buen morir, usando elementos terapéuticos, simbólicos y ceremoniales propios de cada pueblo.  b. Los prestadores de salud facilitarán el traslado de la persona que otorgue la asistencia espiritual, o en su defecto, facilitarán el traslado de la persona hospitalizada hacia el agente de salud indígena.  c. Cada establecimiento de salud incorporará en su protocolo general de asistencia espiritual medidas que garanticen esta asistencia de acuerdo a los términos del presente reglamento y de conformidad a lo establecido en el Decreto 94 que aprueba Reglamento sobre Asistencia Espiritual.  **PÁRRAFO 6º**  **Adecuaciones técnicas y organizacionales**  Artículo 11º. Las adecuaciones técnicas y organizacionales al proceso de atención en salud de las personas pertenecientes a pueblos indígenas que los prestadores institucionales realicen al modelo de gestión de su establecimiento considerarán a lo menos que:  a. Dichos prestadores deberán garantizar la conformación de equipos de salud intercultural constituidos por personal del área clínica, social, administrativa y por el facilitador intercultural.  b. Deberán, asimismo, realizar adecuación horaria en la atención ambulatoria, considerando la dispersión geográfica propia de su área de jurisdicción. Estas adecuaciones deberán constar por escrito y ser localizadas en lugar visible en el establecimiento.  c. Le corresponderá a los prestadores institucionales públicos, garantizar la adecuación cultural de los programas de acuerdo a la situación de salud de los pueblos indígenas y en todas las etapas del ciclo vital. Dichas adecuaciones deberán ser diseñadas, implementadas y monitoreadas en conjunto con las instancias de participación indígena en salud y con el facilitador intercultural.  d. Los prestadores institucionales públicos velarán por que se diseñen e implementen protocolos y flujogramas de derivación entre el sistema de sanación indígena y la red de servicios de salud. Así como deberán también generar en conjunto con el facilitador/a intercultural estrategias de seguimiento de dichas derivaciones.  e. Adecuar culturalmente protocolos clínicos en la atención de las personas pertenecientes a pueblos indígenas.  f. A los prestadores institucionales públicos les corresponderá realizar el registro de pertenencia a pueblos indígenas y velar por la adecuada formulación de la pregunta en todos los registros de salud donde la variable esté incorporada.  g. Así también les corresponderá a los prestadores institucionales públicos incorporar en los diagnósticos comunitarios, la situación de salud de la población indígena y focalizar sus acciones de salud de acuerdo a la información recabada.  h. Asimismo, dichos prestadores deberán implementar y ejecutar programas de formación y/o fortalecimiento de las competencias de recursos humanos en salud intercultural, integrado y priorizado en el Programa Anual de Capacitación – PAC, de acuerdo a las necesidades detectadas en las comunidades. Sin perjuicio de otros mecanismos de formación y capacitación en la materia. |
|  |  |
| **TÍTULO III**  **EL DERECHO A LA ADECUACIÓN Y UNA PRÁCTICA ÉTICA DE LA ACTIVIDAD SANITARIA** |  |
|  |  |
| **Artículo 12°.** El reglamento debe ajustarse a la realidad territorial de cada pueblo indígena y a su integridad cultural, por consiguiente, la autoridad única de salud debe proporcionar los recurso humanos, materiales y económicos para asegurar que las personas, familia comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas ejerzan el derecho a la salud con pertinencia cultural, el derecho a la salud ancestral y métodos de sanación indígena.  En caso que no sea posible lo anterior las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas podrán ejercer el derecho a la adecuación del reglamento a la integridad cultural y territorial de cada pueblo indígena, asimismo, este derecho se podrá ejercer cada vez que la actividad sanitaria, la aplicación de la ley 20.584 y de este reglamento se constante por parte de las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas un menoscabo, perturbación y/o privación derechos humanos, o bien, implique efectos de asimilación, invisibilización y fenómenos de etnofagia de los pueblos indígenas.  El derecho de adecuación faculta a cada pueblo indígena realizar una labor constante y permanente a favor de sus derechos en todos los niveles de la red de salud, para lo cual, se reunirán en mesas de salud con pertinencia cultural indígena para estudiar, analizar y establecer las directrices de la implementación del reglamento y de cualquier actividad sanitaria, debiendo informar al Consejo Indígenas de Salud y Subconsejos aquellos planes y actividad sanitaria que no se ajuste íntegramente a los principios y directrices del Convenio Nro. 169 de la OIT y la Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de Pueblos Indígenas y demás tratados internacionales de derechos humanos vigentes y ratificados por Chile.  En ejercicio de este derecho, también, envuelve la facultad de requerir del Prestador Institucional Público reuniones de trabajo multidisciplinario a fin de prever y erradicar las prácticas y actividad inadecuada en materia sanitaria.  Este derecho implica la facultad de auto convocar uno proceso de participación y consulta cada vez que se constate esta la labor de las mesas de trabajo resulte ineficaces de prever y erradicar las prácticas y actividad inadecuada, como también por el incumplimiento de cualquiera de los derechos regulados en el presente reglamento.  En los proceso de participación y consulta de materias de salud y fueran auto-convocados por Pueblos Indígenas no se aplicará el decreto supremo Nro. 66, tampoco lo será en caso sean convocados por la autoridad sanitaria. | No se contempla este título, asimismo, es dable indicar que los artículo 12 y 13 no existen el texto del reglamento, ya que por un error de impresión no se respetó el ordeno numérico debido que del artículo 11 debiera seguirle el 12 y 13, lo que acontece, saltándose al 14 y 15. |
| **Artículo 13º.** La actividad sanitaria debe respetar y proteger irrestrictamente los derechos humanos de las personas perteneciente a pueblos indígenas, a su vez, no podrá desarrollar ninguna investigación científica cualquiera sea su naturaleza u objeto. La actividad de salud debe fundarse en los principios éticos y además según los lineamientos y directrices que establezcan los Pueblos Indígenas. |  |
|  |  |
| **TÍTULO IV**  **DISPOSICIONES FINALES** | TÍTULO III  DISPOSICIONES FINALES |
| **Artículo 14º.** Las reclamaciones por el incumplimiento de cualquiera de los derechos regulados en el presente reglamento serán efectuadas y tramitadas por las comunidades, asociaciones y/u organizaciones de cada Pueblo Indígena que exista el territorio jurisdiccional del Prestador Institucional Público.  Presentado el reclamo por escrito al Director del Prestador Institucional Público se le asignará un número y se consignará la fecha de recepción, debiendo órgano público de salud entregar un comprobante de recepción del reclamo a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones, asimismo, tendrá un plazo de cinco días hábiles con contados del reclamo para citar por carta certificada a una reunión de trabajo multidisciplinaria a fin de estudiar y analizar la situación reclamada.  En caso que el prestador institucional público no dé curso al reclamo de acuerdo al inciso anterior, faculta a las comunidades, asociaciones y/u organizaciones indígenas reclamantes a convocar a un proceso de participación y consulta, como también a requerir del prestador institucional público de los recursos económicos, materiales e inmateriales para llevar a cabo dicho proceso.  Se deberá además hacer explícita la sanción a que se expone el funcionario y participará en este proceso un miembro de Consejo Indígena en Salud. | Artículo 14º. Las reclamaciones por el incumplimiento de cualquiera de los derechos regulados en el presente reglamento serán efectuadas y tramitadas en conformidad con las disposiciones del Decreto Nº 35 que aprueba reglamento sobre procedimientos de reclamo de la Ley Nº 20.584. |
|  |  |
| **Artículo 15º.** El presente reglamento entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial. | **Artículo 15º:** El presente reglamento entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial. |
|  | |