

7º Congreso de Infraestructura Hospitalaria

Procesos y alcances de la participación ciudadana en la apropiación y el uso del espacio hospitalario. Una mirada crítica

Antrop. Valentina Fajreldin (FOUCh, Universidad de Chile)
Arqto. Rolando Quinlan (Minsal)

Santiago de Chile

6-8 sep 2016

Veremos...

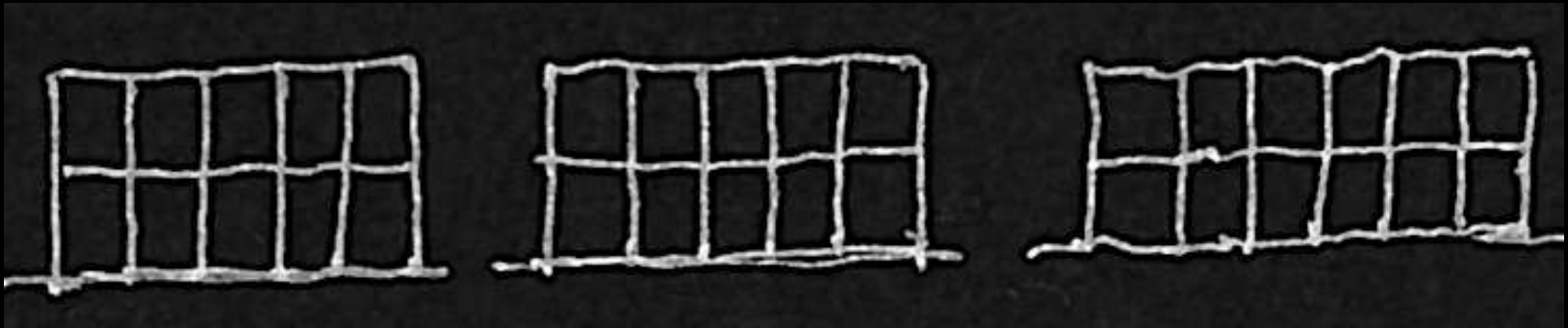
- Lugares / No Lugares
- Modular / Diversidad
- Hegemónico / Diversidad
- Estático / Flexibilidad

Paradigma

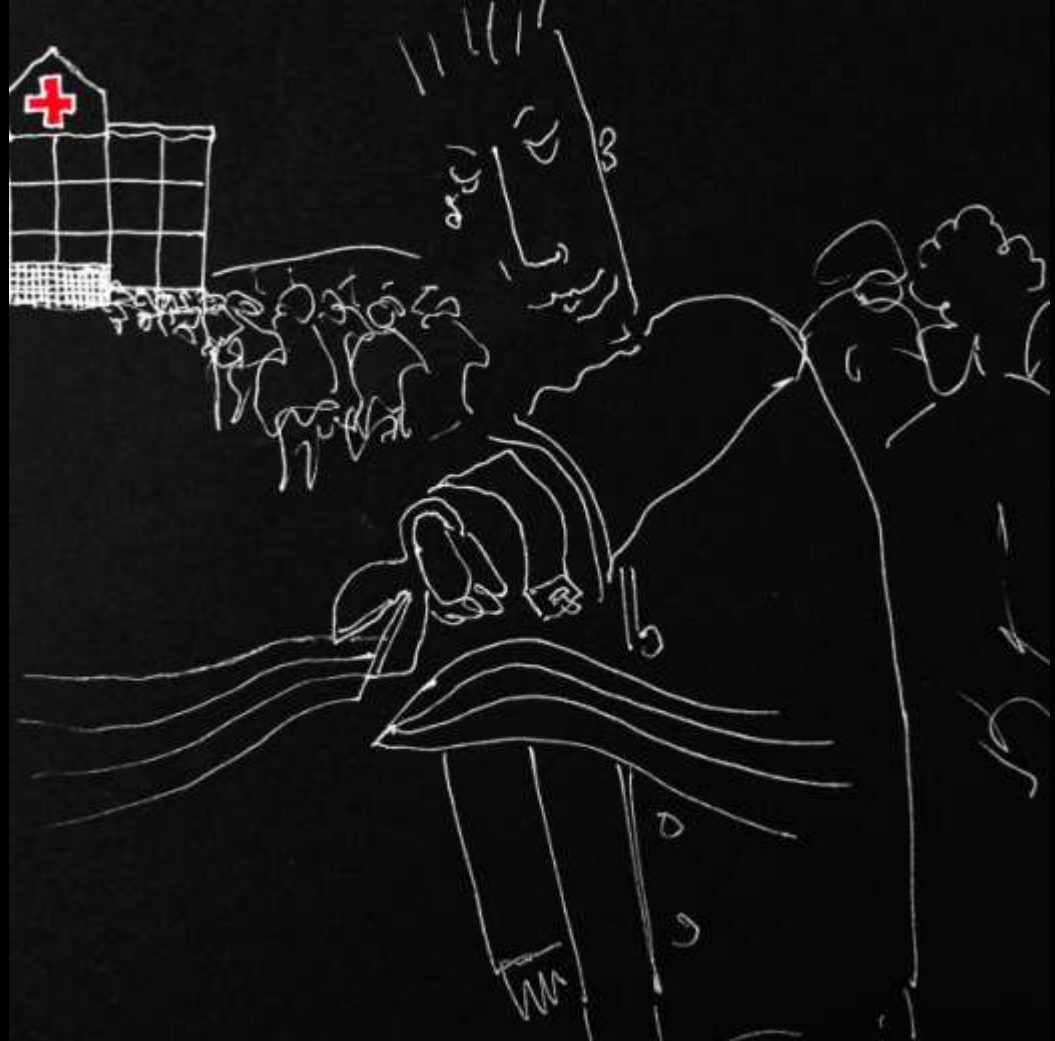
El Hospital tipológico o modular es el sueño de algunos sectores dentro del mundo público, ya que se asume como paradigma de lo costo efectivo



Supone un diseño replicable a cualquier realidad
y de fácil y rápida implantación



Significa la posibilidad de inaugurar un edificio en su momento ...



... es quizás un No Lugar...?

- “El no lugar es lo contrario de la utopía: existe y no postula ninguna sociedad orgánica” (Augé, 1992)
- “Si un lugar puede definirse como lugar de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico, definirá un no lugar” (Augé, 1992)

Finalmente, es el sueño de la hegemonía del sistema médico oficial (biomedicina) y por ende reflejo de un estado que se precia de monolítico



Hegemonía y pluralismo médico:

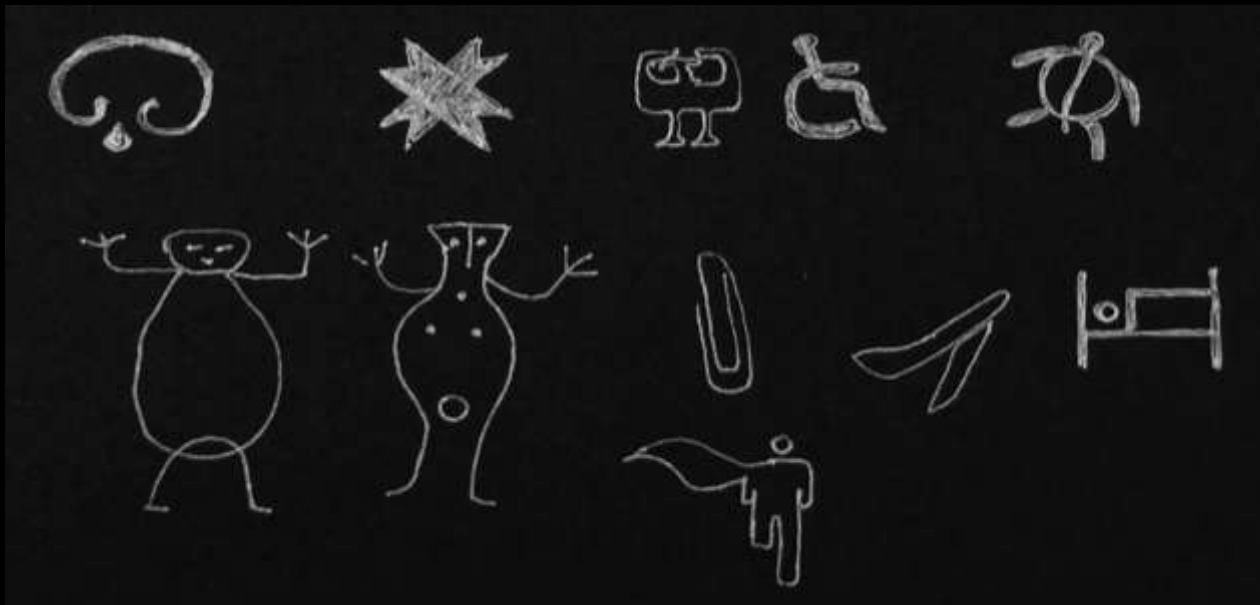
La hegemonía es un antiguo concepto de la filosofía política y aplicado al campo de la antropología médica sirve para aludir a la supremacía política de la biomedicina por sobre otros modelos médicos. El fenómeno es particularmente visible en Occidente, donde los otros modelos médicos pasan a ser entendidos –y tratados- como complementarios o alternativos, es decir, en referencia directa a su rol subalterno.

Sin embargo, sobreviven y se fortalecen, en semejante marco hegemónico, una serie de "otras medicinas" que dialogan con la biomedicina y entre sí, en una danza permanente de creatividad e influencias recíprocas. Es lo que conocemos como pluralismo médico.

Sin embargo, hay una mala noticia;

La realidad nacional se compone de diversidades:

Pueblos indígenas, discapacidad (mental y física), rural-urbano (geografía, materialidad), existencia de espacios cargados culturalmente...



Una pregunta fundamental se desprende de aquí:

Cómo es y debe ser la inversión pública:

- Es “para esta gente” o para “nosotros”
- Cuál es el estándar válido;
- Por qué diferenciar entre distintos estándares? (ejemplo: carreteras a la vista-sumergida, carreteras que dividen las comunas por la mitad, estaciones de metro de notoria distinta categoría)

Planea en nuestra cultura de la inversión pública el ideal DFL2

Derechos en salud

El enfoque de derechos en salud es un marco que permite garantizar un estándar **mínimo** que debiera ser posible encontrar para cualquier contexto geográfico y cultural, considerando obviamente la complejidad y el funcionamiento en Red:

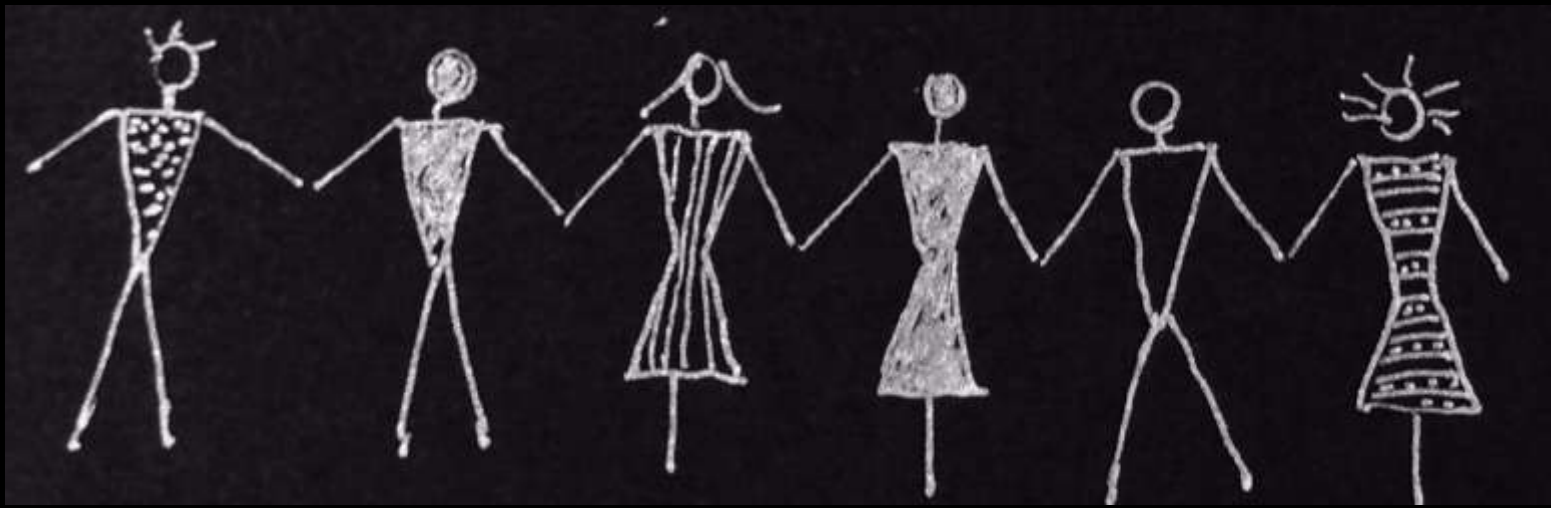
- Excelencia del personal profesional, buen trato, alta tecnología, diseño adecuado

Expectativas

La pregunta es por el estándar **máximo**, es decir por las expectativas

Expectativas

Levantar expectativas implica preguntar a la ciudadanía organizada formal o informalmente



Abordaremos el caso de pueblos indígenas

Estos son cerca del 5% de la población (Censo 2002) y se distribuyen en todo el país, tanto en zonas urbanas como rurales

Qué preguntar y cómo preguntar



Se puede preguntar en serio o
haciendo como que preguntamos...

Qué preguntar y cómo preguntar

Pero la decisión de preguntar a esta población, no es hoy materia de discusión pues existen instrumentos internacionales⁽¹⁾ que protegen su derecho a ser consultados ante cualquier política pública que los involucre, en un marco de "buena fe" y adecuación en la forma y el fondo de la consulta.

Ley de derechos y deberes alude a la interculturalidad

(1) Declaración de Derechos de los PPII / Convenio 169 OIT

Nuevamente el sueño hegemónico...

Sueño de estandarizar amenaza los procesos de consulta:

- El ideal pareciera ser el tener una pauta para consultar, pues ello reduce la complejidad de la pregunta y el alcance de las decisiones de los consultados

Nuevamente el sueño hegemónico...

Ello no es posible por la diversidad existente entre los distintos pueblos y dentro de cada etnia (parcialidades culturales) y que refieren a diferencias desde geográficas (rurales o urbanos) hasta **ideacionales** y de sus instituciones políticas

En efecto han existido algunos intentos de normar lo que refiere el C 169, pero han fracasado en todo momento, pues el interlocutor se encuentra **atento**



Hegemonía y pluralismo médico

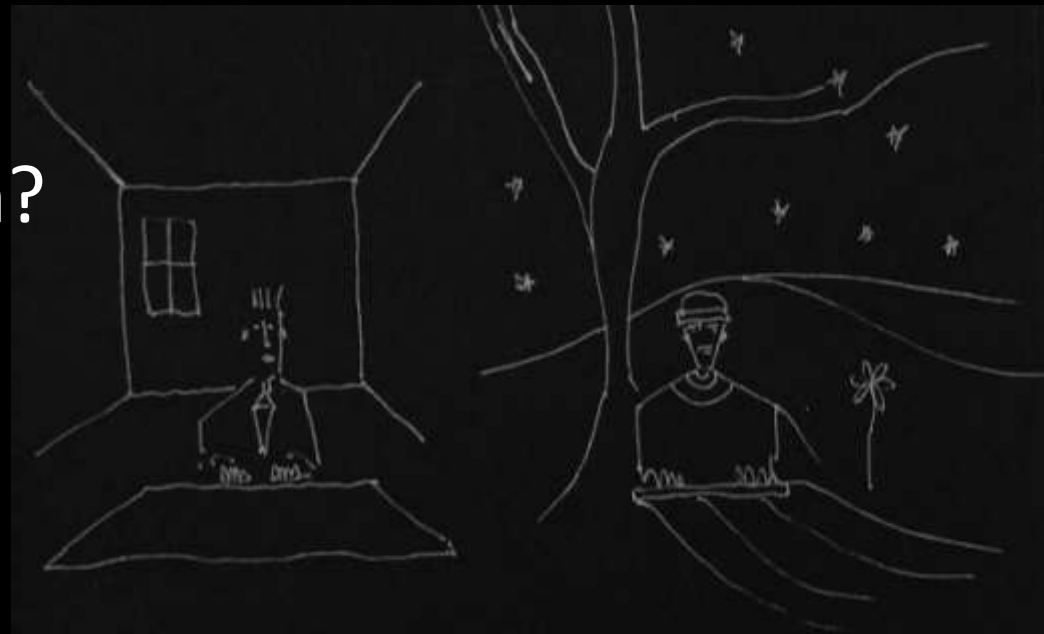
Hegemonía y pluralismo médico

Partiendo de la base que la biomedicina es el modelo que sustenta la idea del hospital que se hace en MINSAL, el conjunto de los saberes y las prácticas de salud que quedan fuera de la misma, son entendidas por esta como medicinas “complementarias o alternativas”

Hegemonía y pluralismo médico

La pregunta es ¿cómo interlocutan los diversos sistemas de salud que coexisten hoy en el país, en el tema de nuestro interés, que es la infraestructura sanitaria?

Se da tal interlocución?



Hegemonía y pluralismo médico

Si, pero la interlocución es compleja

- ha sido intuitiva
- otras “formularia”
- a veces prepotente
- algunas temeraria
- en fin ...

Interculturalidad y pertinencia

- Enfoque de Derechos en Salud sirve como marco político para visibilizar poblaciones específicas y sus particularidades en salud
- Las políticas públicas en salud deben tener un enfoque centrado en la pertinencia cultural

La pertinencia cultural en relación a procesos de salud/enfermedad/atención, tiene que ver con reconocer y valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante y evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud (Alarcón, 2003).

Interculturalidad y pertinencia

Luego, desde la arquitectura hay variabilidad para responder creativamente y de forma original a las expectativas ciudadanas.

Sin embargo no siempre la ciudadanía formula su expectativa logrando escapar de la caricatura; y lo mismo sucede con quien pregunta.

Por ejemplo,



- **Dónde instalamos los módulos interculturales: dentro o fuera del recinto del hospital?, cómo los dotamos;**

Por ejemplo,



*Machi leyendo orina
Región Metropolitana de Santiago*



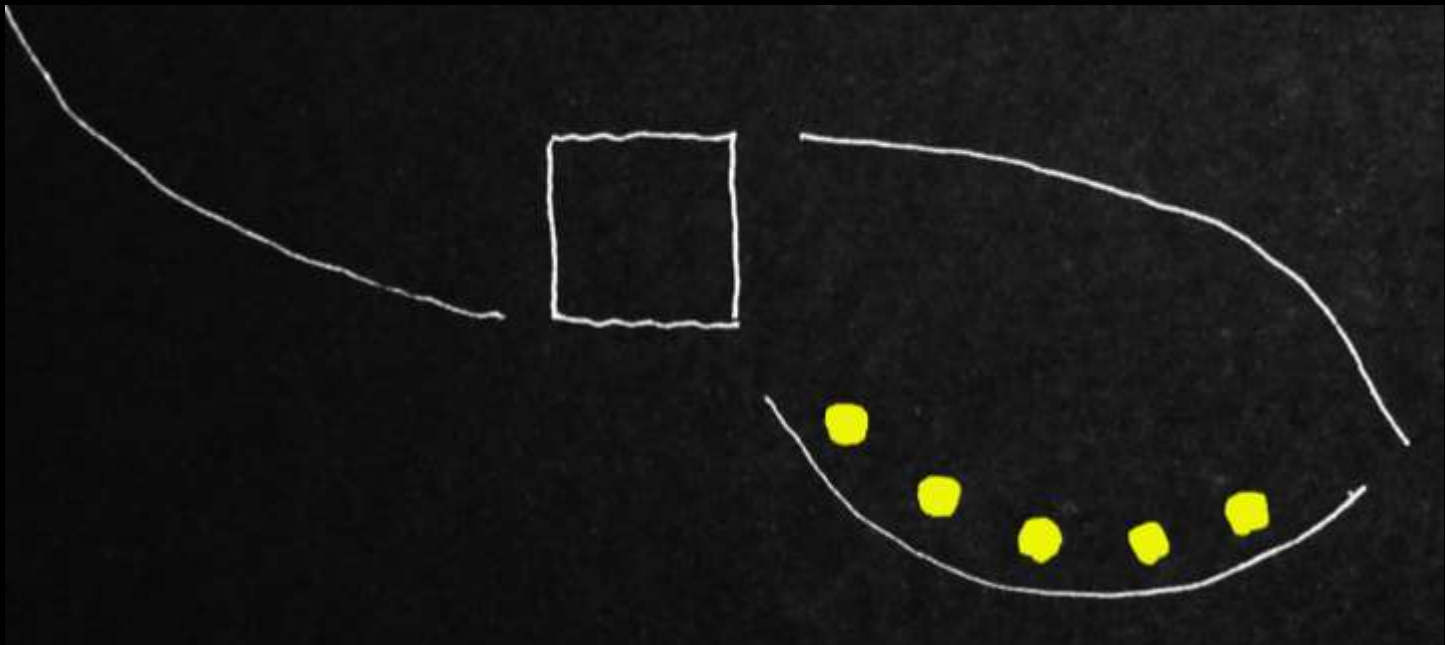
*Llellipun
Región Metropolitana de Santiago*

Por ejemplo,

- Dónde realizan su labor terapéutica los agentes de salud indígenas: dentro del recinto o en su contexto específico?;

Por ejemplo,

- ¿Dónde realizan su labor terapéutica los agentes de salud indígenas: dentro del recinto o en su contexto específico?;



Por ejemplo,

- Dónde realizan su labor terapéutica los agentes de salud indígenas: dentro del recinto o en su contexto específico?;



Por ejemplo,

- Cómo abordamos la señalética dentro del recinto: como mera traducción literal o con una lógica que recoge conceptos propios de las medicinas nativas, para acercar los modelos médicos?

Por ejemplo,

- Cómo incorporamos el espacio exterior al diseño integral del recinto, de manera respetuosa y útil para las nociones sobre sanación ?



Interculturalidad y pertinencia

Dentro de la deriva que ha tenido la salud intercultural en Chile, ha habido experiencias que integran en la gestión y en la atención los sistemas médicos nativos y biomédico.

Otras experiencias han separado la infraestructura y unido la gestión.

... con buenos o malos resultados, **eso es lo que ha ocurrido**

Interculturalidad y pertinencia

Pero hoy, la expectativa ya instalada parece ser la inclusión de la interculturalidad en la arquitectura, como variable que paradójicamente ojalá fuera estática....

Ese es el problema, que es una variable que no solo se resuelve con un box y un letrero en mapudungun; sino que requiere de al menos de una pregunta previa y formulada **con** la comunidad, sobre la integración o interlocución entre sistemas médicos.

- En la participación en los procesos de diseño de infraestructura pública, más que quedarse en negociar aspectos de estética o similares, lo que debe estar en negociación es esta idea de **Uso** y de **Lugar**

Espacio de negociación política:

“Quiero **visibilidad** e **igualdad** manifiesta en la infraestructura”

En algunos territorios la comunidad ha pedido una ruka dentro del recinto, pero aparte del hospital (en el patio) como señalando un territorio político, donde el hospital resulta una embajada del poder hegemónico.

La expectativa de las comunidades es participar:

Las mismas no pedirán tecnicismos propios de la labor del equipo de arquitectura, sino otros elementos que constituyen un ámbito en el que debe dialogarse, pero entendiendo que es de suyo

- Flexible (en el tiempo),
- Caso a caso (parcialidad cultural) y
- Particular (dependerá de la coherencia de la propia comunidad con sus prácticas médicas)

Interculturalidad y pertinencia

Hay por tanto un importante ajuste por hacer entre la expectativa del usuario y la del aparato público



- La Flexibilidad como principio

- Como toda construcción humana los componentes cognitivos y materiales se transforman en la medida que el grupo social experimenta nuevos desafíos y problemas. Por ejemplo, tanto la biomedicina como las culturas médicas tradicionales experimentan transformaciones en sus modelos explicativos de enfermedad, incorporan nuevas tecnologías al proceso terapéutico y recrean roles profesionales, técnicos o empíricos para abordar aspectos específicos de salud de los usuarios (Alarcón, 2003)

Ello representa un desafío para el equipo de trabajo de la institución pública, que debiera incluir una perspectiva **interdisciplinaria** para dar respuesta integral a la complejidad del problema y las necesidades de abordarlo.

Desafío para la infraestructura hospitalaria es no sólo abandonar el modelo o la expectativa modular anacrónica, sino comprender que tanto la demanda como el diálogo con la ciudadanía, irá incrementando su complejidad y su importancia en el tiempo.

Por ende flexibilidad es y será un elemento que
debemos entender propio de la infraestructura
hospitalaria

Recordemos que estamos en un contexto demandante en salud (ampliación de modelos médicos, exigencia ilimitada por la calidad, etc); una hoy ante una ciudadanía cada vez mas articulada, en el marco del enfoque de derechos que como ya dijimos implica garantizar tanto un estándar mínimo como avanzar hacia los máximos.

Los hospitales... van a cambiar por definición, siempre ha sido así, el hospital por dentro y por fuera, en función del uso y la apropiación (muros con papeles, letreros, rayados, kioscos, nueva tecnología médica, prestaciones, complejidad de hecho, numero de atenciones y numero de funcionarios, etc).

Eso es **inherente** al hospital.

Conclusiones I

- Flexibilidad es en función del tiempo y de los cambios sociales que implican movimiento interno de cada parte de la interlocución, que a su vez implican cambio en la expectativas
- El concepto de **Uso** del hospital debe ir más allá de la funcionalidad, pues efectivamente la existencia del hospital implica un uso (posición, importancia) que podemos dividir así:
 - **Utilitario** (artefactual)
 - **Simbólico** (valores patrimoniales e históricos del lugar y el entorno, expectativas y representaciones)
 - **Político** (el poder en escenas, infraestructura como manifestación de presencia del Estado, vehículo de visibilidad para diversos actores)
 - **Social** (espacio relacional, principal industria local, foco de empleabilidad, amplitud de funciones y actividades más allá de lo asistencial)

Conclusiones II

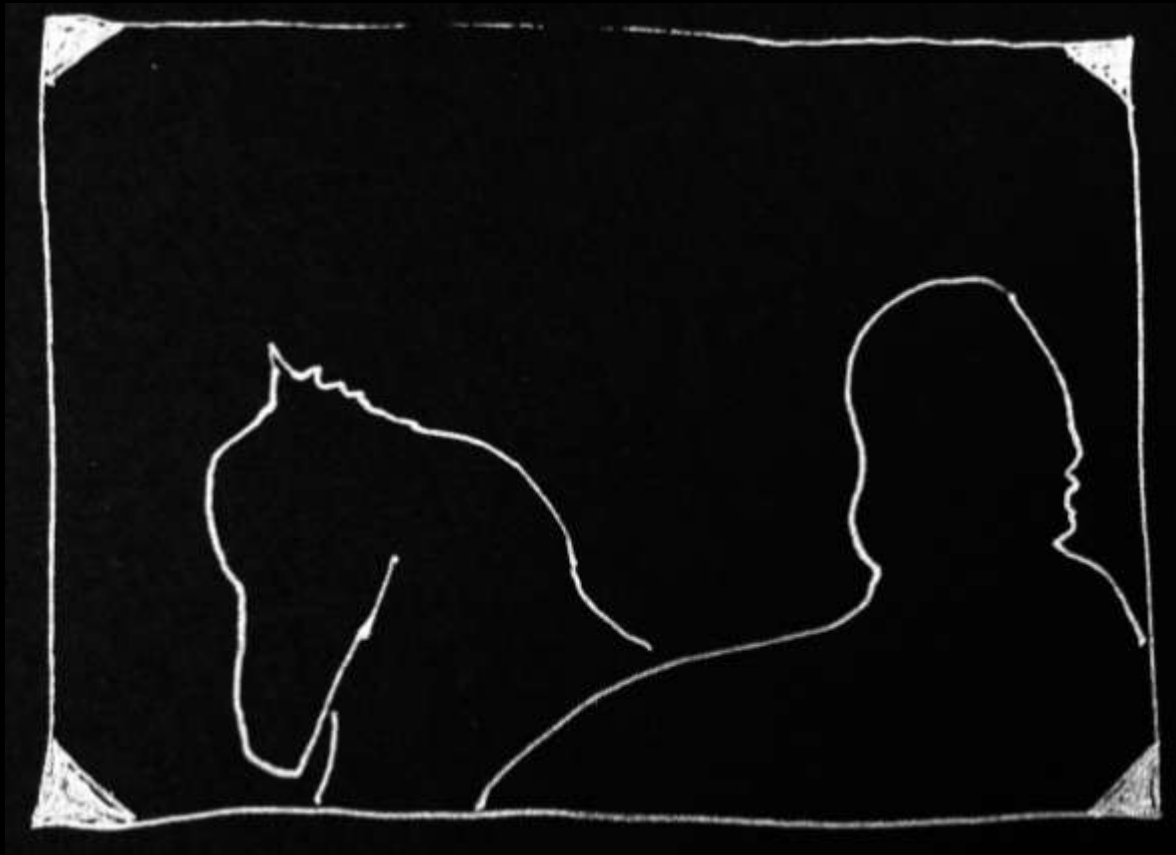
De este modo, la flexibilidad que podríamos llamar "social", debería ser considerada en la arquitectura hospitalaria como un indicador de reconocimiento del **Lugar** del hospital en el **Lugar**.

Estas cuatro dimensiones del **Lugar** y del **Uso** del lugar, se irán moviendo en el tiempo.

La apropiación que haga el usuario irá variando.

Conclusiones III

Nuestras metodologías están pensadas como una fotografía en el tiempo...



... y esta es una película en movimiento permanente,
es una película de acción



Conclusiones IV

El desafío de la participación, para el país que queremos, es que la gente tenga algo que pedir y que nuestra respuesta esté a la altura de eso



Referencias bibliográficas

- Alarcón, A.M., Vidal, H., Neira, R. 2003 "Salud Intercultural: Elementos Para la Construcción de sus Bases Conceptuales". En Rev Méd Chile 2003 Vol. 131, Nº 9, pp: 1061-1065
- Augé, Marc 1992. Los No Lugares. Espacios del anonimato. Gedisa, Barcelona
- CEPAL.2009 Censos 2010 y la inclusión del enfoque étnico: hacia una construcción participativa con pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina. Santiago de Chile
- Corporación Nacional de Desarrollo Indígena 2009 Ley Indígena y Convenio 169
- Fajreldin, Valentina 2002 La Medicina Herbolaria en Isla de Pascua. Acercamiento antropológico a la cultura médica contemporánea en Rapanui. Memoria para optar al Título Profesional de Antropóloga, Fac. Ciencias Sociales Universidad de Chile
- Ministerio de Salud 2006 Norma General Administrativa Nº 16 sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud. Resolución Exenta 261, 2006.
- OPS-OMS, 1998 Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Washington D.C.
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Cuenta Pública Hospital Hanga Roa, 2011 (power point)

FIN