

# Cahiers Odena

*Au croisement des savoirs*

Cahier n° 2020-02

## Inovación social y transformación institucional. La Clínica Minowé en el centro de amistad indígena de Val-d'Or, Québec

Carole Lévesque, Édith Cloutier,  
Ioana Radu, Dominique Parent-Manseau,  
Stéphane Laroché y Natasha Blanchet-Cohen

Montréal 2020



Les Autochtones et la ville au Québec :  
identité, mobilité, qualité de vie et gouvernance



REGROUPEMENT  
DES CENTRES D'AMITIÉ  
AUTOCHTONES DU QUÉBEC

Réseau de recherche et de  
connaissances relatives aux  
peuples autochtones



**IN  
RS**

Institut national  
de la recherche  
scientifique



### **Cahiers ODENA. Au croisement des savoirs**

Cahier ODENA n° 2019-01. Informe de investigación

Título: *Innovación social y transformación institucional. La Clínica Minowé en el centro de amistad indígena de Val-d'Or*

Autores y autoras : Carole Lévesque, Édith Cloutier, Ioana Radu, Dominique Parent-Manseau, Stéphane Laroche y Natasha Blanchet-Cohen

Editor : Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) y Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Lugar de publicación: Montréal

Fecha: 2019

### **Carole Lévesque**

Profesora titular, INRS, Centre Urbanisation Culture Société. Directrice de DIALOG

### **Édith Cloutier**

Directora, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

### **Ioana Radu**

Investigadora asociada, INRS, Centre Urbanisation Culture Société

### **Dominique Parent-Manseau**

Responsable de proyecto, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

### **Stéphane Laroche**

Responsable de proyecto, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

### **Natasha Blanchet-Cohen**

Profesora asociada, Université Concordia

### **Difusión**

DIALOG. Le Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones

Institut national de la recherche scientifique

Centre Urbanisation Culture Société

385, rue Sherbrooke Est

Montréal, Québec, Canada H2X 1E3

[reseaudialog@ucs.inrs.ca](mailto:reseaudialog@ucs.inrs.ca)

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

85, boul. Bastien, suite 100

Wendake, Québec, Canada G0A 4V0

[infos@rcaaq.info](mailto:infos@rcaaq.info)

### **Organización financiadora**

La Alianza de investigación ODENA es subvencionada por el Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

### **Universidad de acogida de la Red DIALOG y de l'Alliance de recherche ODENA**



---

ISSN : 2291-4161 (imprimé)

ISSN : 2291-417X (en ligne)

Depósito legal : 2020

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada



**A la vanguardia de la innovación social, la Alianza de investigación ODENA ofrece perspectivas alternativas para la comprensión y la respuesta ante los desafíos individuales y sociales que enfrentan los Pueblos Originarios en las ciudades de la provincia de Quebec. Esta alianza reúne a representantes de la sociedad civil indígena e investigadores e investigadoras universitarias comprometidas con un proceso de co-construcción de conocimientos que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas indígenas en las ciudades. A través de este proceso, esta alianza se propone además renovar las relaciones entre los Pueblos Originarios y el resto de la ciudadanía de Quebec, con una perspectiva de igualdad y de respeto mutuo.**

ODENA surge de una iniciativa colectiva de DIALOG — *Le réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones* y del *Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec*. ODENA tiene como objetivo apoyar el desarrollo social, económico, político y cultural de la población indígena de las ciudades quebequenses y destacar la acción colectiva de los centros de amistad indígenas de Quebec. Desde 2014, los trabajos elaborados por ODENA se han desarrollado a escala nacional e internacional. Esta alianza privilegia la búsqueda de proximidad, la transmisión y la movilización de conocimientos, el intercambio continuo de saberes y su arraigo directo en las iniciativas de reconstrucción social impulsadas por las instancias indígenas concernidas. ODENA fue creada en 2009 en el marco del Programa de Alianzas de investigación universidad-comunidad del *Conseil de recherches en sciences humaines du Canada* (CRSH). La Alianza de investigación ODENA adhiere plenamente a los objetivos de la red DIALOG:

- CONTRIBUIR A LA IMPLEMENTACIÓN Y AL MANTENIMIENTO DE UN DIÁLOGO ÉTICO, innovador y duradero entre la universidad, las instancias y comunidades indígenas, con el fin de dinamizar y promover la co-producción de conocimientos y la investigación interactiva y colaborativa.
- DESARROLLAR UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE las realidades históricas, sociales, económicas, culturales y políticas del mundo indígena, de las problemáticas contemporáneas y de las relaciones entre personas indígenas y no-indígenas, privilegiando la co-construcción de conocimientos y favoreciendo la incorporación de las necesidades, saberes, prácticas, perspectivas y enfoques de las personas indígenas a la investigación y a las políticas públicas.
- APOYAR LA FORMACIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO de las y los estudiantes universitarios, particularmente del estudiantado indígena, a través de su integración en las actividades y realizaciones de la red, poniendo a su disposición programas de ayuda financiera y becas de excelencia.
- PARTICIPAR EN EL ENRIQUECIMIENTO Y EN LA IMPLEMENTACIÓN de prácticas, competencias y saberes de actores y actrices indígenas en materia de investigación social y ambiental y movilización de conocimientos.
- AMPLIAR EL IMPACTO INTELLECTUAL, SOCIAL, ECONÓMICO Y CULTURAL de la investigación relativa a los Pueblos indígenas mediante el desarrollo de nuevas herramientas de conocimiento, interactivas, participativas y pedagógicas, y la multiplicación de iniciativas de difusión, intercambio, transmisión y movilización de conocimientos, con el objetivo de dar a conocer y destacar sus resultados y avances en Quebec, en Canadá y en el mundo.

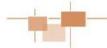




## Indice

---

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
1. Condiciones de salud y restricciones institucionales .....	2
2. El movimiento de los centros de amistad indígena en Canadá y en Quebec.....	5
3. Trayectoria y posicionamiento estratégico de la Clínica Minowé .....	7
• Contexto en que se surge la clínica.....	8
• La implementación .....	9
• La Clínica en 2018.....	12
4. Bienestar, visión del mundo e impactos del colonialismo .....	13
5. Seguridad cultural y transformación social.....	15
6. La perinatalidad social indígena.....	17
▪ Contextualización.....	17
• Las orientaciones iniciales.....	17
• Hacia un nuevo modelo de intervención.....	18
7. De Minowé a Mino Pimatizi8in.....	19
<b>Conclusión: los desafíos de una gobernanza compartida y de una oferta de servicios Renovado.....</b>	<b>21</b>
a) Enseñanzas.....	21
b) Desafíos.....	22
• La participación activa en la toma de decisions.....	22
• La continuidad de la relación de cooperación.....	22
• El aporte esencial de un financiamiento continuo.....	22
• El intercambio continuo de los aprendizajes.....	23
• La complementariedad de las competencias.....	23
• El papel de la investigación y de la evaluación.....	23
• El despliegue del proceso de seguridad cultural.....	24
• El reconocimiento identitario y comunitario.....	24
• La contribución a la reconciliación y a la descolonización.....	24
<b>Bibliografía.....</b>	<b>25</b>





## Introducción

---

En este texto se da cuenta de la historia institucional de la Clínica Minowé, creada con el objetivo de transformar la oferta de servicios sociales y de salud destinados a la población indígena de la ciudad de Val-d'Or<sup>1</sup>. Este proyecto, concebido por y para indígenas, se inició hace ya 10 años, en el Centro de amistad indígena de Val-d'Or (CAAVD). Desde su inicio las y los dirigentes de CAAVD formaron un equipo de trabajo, cuyos integrantes eran tanto personas claves del mundo indígena y de la red quebequense de la salud, como investigadoras e investigadores universitarios, con el fin de insertar este proyecto en las evoluciones más recientes de ese ámbito, tanto a nivel nacional como internacional. Se trataba además de hacer un seguimiento de su trayectoria por medio de sus realizaciones y avances, y de constituir nuevos corpus de conocimientos susceptibles de informar, tanto a la comunidad científica como a los distintos sectores de acción y de decisión, en cuanto a los aportes y resultados de este proyecto.

Un proyecto de esta índole no puede, por cierto, estar fijo en el tiempo o en el espacio ya que va evolucionando y modificándose en función de los financiamientos, de las conquistas y de las personas movilizadas para su realización. En el transcurso de su desarrollo, éste va encontrando distintos tipos de obstáculos y sucesos imprevistos que constantemente inciden en su curso, como es el caso de numerosas iniciativas que surgen en el medio comunitario. Pero el proyecto puede igualmente proseguir durante años e incluso, perpetuarse, si tienen bases que ilustren una visión compartida de mejora de la calidad de vida, de valores comunes de ayuda mutua, solidaridad y reconciliación, de una responsabilidad poblacional democrática y de una comprensión integrada y constante de los objetivos de bienestar por alcanzar. En este sentido, los obstáculos que van surgiendo sirven a menudo de ocasión para hacer ajustes y apropiarse mejor los objetivos del proyecto.

Es en ese sentido que el trabajo conjunto de investigadores e investigadoras y actores y actrices cobra todo su sentido, ya que se vuelve esencial documentarlos hitos de una historia institucional indígena construida en tiempo real, a medida que van ocurriendo. Favorecer el vínculo continuo de este trabajo con los grandes desafíos sociales, culturales, económicos, jurídicos y políticos que marcan los esfuerzos de reconciliación entre indígenas y Quebequenses, es efectivamente lo propio de un proceso de investigación social que apunta a la co-construcción y a la movilización de conocimientos, ya sean científicos o indígenas. Es igualmente propio de un proceso de este tipo, buscar la creación de nexos de comprensión y de explicación entre diversos universos de reflexión y de acción, de análisis y de operacionalización.

---

<sup>1</sup> Nuestros trabajos de coproducción y de movilización de conocimientos son financiados por el Consejo de investigaciones en ciencias humanas de Canadá en el marco del programa de grandes colaboraciones ([www.sshrc-crsh.gc.ca/home-accueil-fra.aspx](http://www.sshrc-crsh.gc.ca/home-accueil-fra.aspx)). Este texto fue publicado y difundido parcialmente a nivel internacional, como capítulo, con el título siguiente : *Taking action to improve Indigenous health in the cities of Quebec and elsewhere in Canada: the example of the Minowé Clinic at the Val-d'Or Native Friendship Centre*, in I. Vojnovic, A.L. Pearson, G. Asiki, G. DeVerteuil y A. Allen (eds) : *Handbook of Global Urban Health* : 347-362. Otro artículo publicado en 2015 aborda diversas dimensiones epistemológicas y metodológicas asociadas al caso de la Clínica Minowé (Lévesque *et al.* 2015).

En las páginas siguientes, presentaremos el contexto general de las condiciones de vida y de salud de las personas indígenas en Quebec y Canadá, para luego trazar la trayectoria de la Clínica Minowé a través del proceso de su inserción en el movimiento canadiense y quebequense de los centros de amistad indígenas. Posteriormente, abordaremos la relación que existe entre las personas indígenas y la salud, así como el enfoque de seguridad cultural implementado en la Clínica Minowé, y a modo de ejemplo, presentaremos el caso de la perinatalidad social indígena desarrollada en esta clínica. Finalmente, examinaremos la transición intelectual, institucional y operacional iniciada en 2018 con el objetivo de favorecer el traslado de la Clínica Minowé al Centro de salud Mino Pimatizi8in.

### **La población de las Primeras Naciones en Val-d'Or**

*La ciudad de Val-d'Or, reconocida durante mucho tiempo por su desarrollo minero y su industria forestal, celebró su 80º aniversario en 2015. Esta ciudad, localizada en el oeste de la provincia de Quebec, en el corazón de la región de Abitibi-Témiscamingue, de la Municipalidad regional del condado (MRC) de Vallée-de-l'Or, contaba con 25 541 habitantes, según el último censo de 2016, y una superficie de 3 552 km<sup>2</sup> (Statistique Canada 2017).*

*La presencia de una importante población indígena es una de las principales características de la ciudad, ubicada en el corazón de los territorios ancestrales anicinape. Según el censo canadiense de 2016, 1 540 personas declararon tener una identidad indígena (4,8% de la población). De éstas, más de 1000 personas se identifican como integrantes de las Primeras naciones. Sin embargo, este número sólo toma en cuenta las personas que residen de manera permanente en la ciudad y oculta entonces la presencia de las que viven ahí de manera temporal (a menudo por un largo plazo) o las que están de paso. De manera evidente, algunas personas indígenas en situación de itinerancia literal o transitoria tampoco son contabilizadas en las estadísticas oficiales. En un radio de unos cien kilómetros alrededor de la ciudad de Val-d'Or, se encuentran varias comunidades indígenas, incluyendo Pikogan, Lac-Simon, Kitcisakik y Winneway, que, en la fecha del 31 de diciembre de 2017, representaban más de 4 600 miembros inscritos en el Registro de los Indios del gobierno federal (AANC 2018).*

Fuente: citado en Lévesque, Comat et al. 2018b : 17.

## **1. Condiciones de salud y restricciones institucionales**

Es un hecho sabido y bien documentado que existen importantes diferencias entre las condiciones de vida socioeconómica y de salud de la población indígena en Canadá, por una parte, y por otra, las de la población canadiense y quebequense en su conjunto (Boyer 2015, CCDP 2013, Greenwood et al. 2015). Mientras que el índice de desarrollo humano posiciona regularmente a Canadá dentro de los cinco mejores países del mundo, este mismo índice posiciona a los Pueblos indígenas del país en el 70º rango mundial. Desde su nacimiento, las personas indígenas de todo origen están expuestas a riesgos superiores para su salud en todas las esferas de su vida personal, familiar y social : hay una incidencia más elevada de enfermedades crónicas (incluyendo la diabetes y la tuberculosis), de accidentes, suicidios, violencia física, psicológica y sexual; de superpoblación en las casas; de problemáticas psicosociales mayores, particularmente toxicomanía y alcoholismo; de pobreza exacerbada; de obesidad endémica; frecuencia muy elevada de asignación de niños en familias de acogida no indígenas; tasas más bajas de escolarización y de actividad; menor esperanza de vida,

desigualdades de género y acceso limitado al agua potable (CSSSPNQL 2014, Macdonald y Wilson 2013).

Se suman a esto las dificultades adicionales de la población indígena que vive en las ciudades: falta de cuidados y de recursos apropiados; dificultad de acceso a los servicios de salud de la red canadiense o quebequense; aislamiento social, sobrerrepresentación indígena en la población itinerante y en los centros penitenciarios; condiciones de vivienda insalubres e inseguras; inseguridad alimentaria y deficiencias nutricionales; situaciones repetidas de racismo y de discriminación; desempleo crónico. Como consecuencia de esto, aumenta la presión en los servicios públicos de las ciudades, los cuales raramente disponen de recursos necesarios para responder de manera adecuada a las necesidades múltiples y en aumento de esta clientela indígena, que generalmente son mal conocidas y, sobre todo, mal comprendidas. Además, la cohabitación interpersonal entre Indígenas y canadienses/quebequenses es difícil y a menudo, fuente de tensiones y de inseguridad, tanto para la población indígena, como para la población quebequense o canadiense concernida.

Por otra parte, sucede que muchas personas indígenas no confían en los servicios y en el personal de salud de las redes públicas, por lo que frecuentan poco las clínicas, los centros de salud y los hospitales, recurriendo a ellos sólo en casos de urgencia o de extrema urgencia. Es una situación que puede generar otros problemas graves como diagnósticos tardíos, tratamientos más complejos, falta de acompañamiento y de recursos, medicación inapropiada, ausencia de seguimiento y de medidas de prevención (Allan y Smylie 2015). Estas disparidades se ven acentuadas por las manifestaciones de racismo y de discriminación institucional y personal que caracterizan a menudo los intercambios entre indígenas y personal médico y sanitario (Allan y Smylie 2015; Lévesque *et al.* 2018b).

Sin embargo, desde hace numerosos años que las organizaciones indígenas y diversos investigadores e investigadoras, tanto indígenas como no indígenas, han venido denunciando las desigualdades y las injusticias que se encuentran en la raíz de esos problemas (Graham y Stamler 2010, Greenwood *et al.* 2015, Kelly 2011, Lavoie 2013, Mitchell 2006). Ya entre 1991 y 1996, la Comisión Real sobre Pueblos Indígenas (CRPA) así como diversos estudios, relatos y testimonios daban cuenta de las pésimas condiciones de vida y de salud de la gran mayoría de las personas indígenas del país y de la falta de servicios y de recursos aptos para responder a sus necesidades. Al revelar el pasado colonial de Canadá y sus graves consecuencias, aún vigentes en materia de salud y de calidad de vida de las poblaciones indígenas, la Comisión había además llamado la atención sobre la necesidad de concebir nuevos modelos de salud, inspirándose en las prácticas, saberes y enfoques indígenas en materia de cuidados, de prevención, de intervención psicosocial y de curación. (CRPA 1996, Spear 2014).

Surgieron desde entonces iniciativas innovadoras y fueron instaurados nuevos programas gubernamentales, pero quedan aún numerosos obstáculos por superar, especialmente en cuanto al reconocimiento de la autoridad, la competencia jurisdiccional y la experiencia de las instancias y organizaciones indígenas en la concepción y la aplicación de estos nuevos modelos (Martin y Diotte 2010). Además, para que estas iniciativas sean exitosas y puedan

generar impactos positivos sostenibles, es necesario: 1) que se modifiquen las lógicas de acción en las cuales se basa, aún en demasiados casos, la concepción de políticas gubernamentales contemporáneas destinadas a la población indígena en general y la mayoría de los programas de financiamiento que resultan de éstas<sup>2</sup>; 2) que el personal médico (tanto indígena como no indígena) tenga una mejor formación en cuanto a las realidades y los desafíos de la población con la cual interviene; 3) que se actualice la naturaleza, los objetivos y el alcance de la oferta de servicios.

A pesar de algunos logros alcanzados desde fines del siglo 20, particularmente en los ámbitos de la salud y de la educación, las leyes y políticas apuntan generalmente a favorecer la integración y la asimilación de las personas indígenas en la sociedad canadiense y no, su reconocimiento social, cultural y político. De este modo se oculta la vulneración a sus derechos, los abusos, las exacciones de todo tipo cometidas en su contra a lo largo de los siglos y a través de las políticas coloniales del Estado canadiense. Sus derechos a la autodeterminación, reconocidos en repetidas ocasiones por la Corte suprema de Canadá y por las grandes instancias internacionales, incluyendo la ONU, no son tomados en cuenta

### **La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas**

#### **Artículo 21.1**

*Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.*

#### **Artículo 23**

*Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar 10 activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.*

#### **Artículo 24**

*1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.*

*2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.*

#### **Artículo 29.3**

*3. Los Estados también adoptarán medidas eficaces para asegurar, según sea necesario, que se apliquen debidamente programas de control, mantenimiento y restablecimiento de la salud de los pueblos indígenas afectados por esos materiales, programas que serán elaborados y ejecutados por esos pueblos.*

Fuente: Naciones Unidas 2007

---

<sup>2</sup> Los enfoques y lógicas de acción en los cuales se basan la mayoría de las políticas públicas modernas son de carácter neoliberal y universalista y no corresponden a los enfoques, las perspectivas, los saberes, las necesidades y los objetivos de los y las Indígenas.

(Naciones Unidas 2007, UN 2013). Su capacidad individual y colectiva de asumir la responsabilidad de su propio futuro sigue aún siendo demasiado a menudo ignorada.

En cuanto a la situación de las personas indígenas en contexto urbano particularmente, el principal desafío sigue siendo la afirmación y el reconocimiento de su especificidad cultural, social, ciudadana y jurídica dentro de una población quebequense o canadiense de la cual no representan más que un pequeño segmento demográfico. Efectivamente, aunque en los círculos más progresistas sea más fácilmente aceptado que los y las indígenas tengan una identidad específica y derechos sobre las tierras que habitan y utilizan, se les niega generalmente que esta distinción pueda manifestarse en las ciudades en las cuales la mayoría de la población no es indígena.

En este contexto, no cabe ninguna duda que el caso de la salud de la población indígena está lejos de manifestarse sólo por manifestaciones epidemiológicas o biomédicas de naturaleza individual, sino que conlleva necesariamente a dimensiones colectivas de naturaleza sistémica y estructural, que incumben a los Estados canadiense y quebequense en sus relaciones estatales, de nación a nación, con los Pueblos indígenas. Estas dinámicas ponen en riesgo nada menos que su estatus jurídico, su reconocimiento constitucional, su capacidad de autodeterminación y su lugar legítimo en la sociedad. De este modo, las pautas por considerar deben garantizar una real contribución de estos pueblos en la toma de decisión y gobernanza de sus asuntos sociales y públicos; tienen que proponer poderes realmente compartidos y basarse en una visión colectiva, democrática y comprensiva de la salud y de un mayor bienestar, que favorezca a las y los principales concernidos.

Son estos los principios y la visión que han acompañado la creación y la implementación de la Clínica Minowé creada en el Centro de amistad indígena de Val-d'Or en 2011, con el objetivo de responder con más sensibilidad, pertinencia y eficacia a las necesidades de la población indígena urbana de la región, y poniendo a su disposición servicios y programas que den seguridad y sean significativos a nivel cultural y social.

## **2. El movimiento de los centros de amistad indígena en Canadá y en Quebec**

Aunque recientemente implantada, la Clínica Minowé no es obra de la casualidad ni una iniciativa aislada. Por lo contrario, es el resultado de más de 60 años de solidaridad comunitaria, compromiso social, innovación cívica y trayectorias ciudadanas de personas indígenas residentes de ciudades canadienses y quebequenses. Después de la Segunda Guerra Mundial, la presencia de personas indígenas en el contexto urbano en Canadá empezó poco a poco a hacerse visible (Anderson 2013, Desbiens *et al.* 2016, Lévesque y Cloutier 2013, Lévesque 2016a, Peters y Anderson 2013). Sin embargo, rápidamente estas personas se enfrentaron a múltiples desafíos.

En primer lugar, sólo por el hecho de dejar su reserva de origen, perdían el acceso a los servicios de salud o servicios sociales, ya que éstos se limitaban a las fronteras internas de las reservas indígenas. En segundo lugar, siendo poco numerosas, estas personas se encontraban generalmente aisladas, sin recurso y sin empleo. En tercer lugar, la vida en la

ciudad, e incluso en un pueblo no indígena, aunque fuera en zona rural, era muy distinta de la vida que habían conocido antes. Los puntos de referencia y los códigos sociales de los individuos responden a otras formas de socialización y de interacción.

Ya en los años 50, en lugares como Toronto, Vancouver y Winnipeg, los y las indígenas tomaron la iniciativa de juntarse para romper con el aislamiento y para compartir sus experiencias. Así fueron creados las primeras agrupaciones o asociaciones que luego iban a transformarse en los Centros canadienses de amistad indígenas. Desde su inicio, la misión era clara : trabajar para mejorar sus condiciones de vida, caracterizadas principalmente por la pobreza y la marginalización social; ayudarse entre sí en la nueva realidad y dotarse colectivamente de los medios para dar a conocer las culturas indígenas en las ciudades.

En las décadas siguientes, la presencia indígena en las ciudades aumentó de manera considerable<sup>3</sup> y los centros de amistad se multiplicaron en todo Canadá. A mediados de los años 70, fue creada la Asociación nacional de centros de amistad indígenas para representar ante el gobierno los intereses de la población indígena urbana, con el fin de tener acceso al financiamiento público para implementar programas de ayuda, de apoyo y de cuidados, y para coordinar las iniciativas desarrolladas en distintos lados del país. En Quebec, el primer centro de amistad indígena fue creado en 1969, en la ciudad nórdica de Chibougamau (Centro de amistad Eenu de Chibougamau), y luego, en 1974, el Centro de amistad indígena de Val-d'Or y el Centro de amistad indígena de La Tuque. La Agrupación de centros de amistad indígenas de Quebec, siguiendo el ejemplo de varias otras asociaciones provinciales mancomunadas del país, nació en 1976. Hoy en día, existen cerca de 120 centros de amistad indígenas en Canadá, los cuales comparten una misma visión comunitaria, un mismo proyecto social y un mismo objetivo: mejorar la calidad de vida y la salud de personas y familias indígenas en las ciudades en las cuales se han establecido.

Fue sin embargo necesario esperar los años 90, incluso los años 2000, para que la acción de los centros de amistad fuera reconocida y que las inversiones gubernamentales dieran su apoyo. Efectivamente, tras los trabajos de la Comisión Real sobre Pueblos Indígenas, la situación de las personas indígenas residentes en las ciudades quebequenses y canadienses fue tratada como asunto de interés público en el plano político y, por primera vez, fue abordada como una problemática mayor del mundo indígena canadiense contemporáneo. Es también en ese contexto que fue evocado y saludado el papel central de los centros de amistad indígenas en la conservación de la identidad de estos pueblos y en el apoyo a la población indígena de las ciudades canadienses (CRPA 1996; Lévesque 2016b). En aquella época, se reportaba que más o menos 40% a 45% de la población indígena de Canadá vivía en las ciudades en lugar de en las reservas.

---

<sup>3</sup> En 2016, la población identificada como indígena, tal como se define en Canadá, representaba unos 5 % de la población total del país y reunía 1 673 785 personas según el censo canadiense (<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-pr-fra.cfm?LANG=Fra&GK=PR&GC=24&TOPIC=9>). Más de la mitad de esa población está hoy en día establecida en ciudades rurales o regionales y en grandes metrópolis como Vancouver, Calgary, Regina, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa o Montreal; esta proporción a penas superaba los 12 % en 1961 (Norris *et al.* 2003). En Quebec, la proporción de miembros de las Primeras Naciones o del Pueblo Inuit que viven en ciudades también supera los 50 % (Lévesque *et al.* 2018a).

Asimismo, hubo que esperar el inicio de los años 2000 para que la investigación relativa a la población indígena adoptara nuevas orientaciones y que surgiera un nuevo tipo de producción científica. Hasta entonces, la información disponible era muy fragmentada y se inscribía en la mayoría de los casos dentro de una lectura evolucionista según la cual el paso de la « reserva india » a la ciudad era una clara expresión de un ingreso a la « civilización » y de una voluntad de liberarse de la cultura de origen. Durante mucho tiempo, la presencia indígena urbana aparecía como un anacronismo, una incompatibilidad a la vez política, económica, administrativa y cultural. A diferencia de lo que varios observadores habían contemplado, esa identidad no sólo se mantuvo, sino que se constituyó en una fuerza social, ciudadana y política singular y novadora (Anderson 2013, Lévesque y Cloutier 2013, Newhouse 2008, Newhouse y Peters 2003, Peters y Anderson 2013).

Hoy en día, los centros de amistad indígenas en Canadá se han transformado en actores-claves para la renovación de las políticas públicas destinadas a la población indígena de medios urbanos. Sus dirigentes y sus miembros fueron puliendo y redefiniendo constantemente los medios de acción a su disposición y las iniciativas ciudadanas implementadas se inscriben desde entonces en una tendencia de innovación social. Si bien su misión sigue siendo la de mejorar las condiciones de vida y de salud de las personas indígenas de distintas edades y géneros, estos centros se han convertido igualmente en espacios de aprendizaje y de formación dinámicos e innovadores, en emprendimientos sociales fuertemente enraizados en su entorno y en actores institucionales imprescindibles en la lucha contra el racismo y el sexismo sistémicos (Lévesque 2016a).

Desde sus inicios, los centros de amistad se han distinguido de las demás organizaciones que ofrecen servicios a las personas indígenas porque su existencia misma ha surgido de la movilización popular, porque su base es necesariamente comunitaria y su modo de funcionamiento es completamente participativo. Esa posición tiene un impacto directo sobre la esencia, la composición y el alcance de la oferta de servicios. Es la población indígena misma quien está en el corazón de su propio proyecto de transformación social y representa la base en la que reposa la Clínica Minowé<sup>4</sup>, al igual que varios otros proyectos del mismo tipo, creados en el transcurso de la década pasada en otros centros de amistad indígenas del país (CCS 2012).

### **3. Trayectoria y posicionamiento estratégico de la Clínica Minowé**

La Clínica Minowé abrió oficialmente sus puertas en 2011, pero el proyecto tardó varios años antes de concretizarse y desplegarse. En los siguientes párrafos se abordarán una a una las distintas fases y condiciones de su implementación, desde la primera planificación hasta su integración actual. Como lo destacamos en la introducción, un proyecto de este tipo no hubiera podido existir sin un conjunto de circunstancias favorables y una voluntad colectiva de hacer frente a los obstáculos. Nos importa mencionarlo.

---

<sup>4</sup> La palabra Minowé significa « estar con buena salud » en lengua *anicinape*.

- **Contexto en que se surge la clínica**

Entre 1996, año de publicación del informe de la Comisión Real sobre Pueblos Indígenas y 2011, el gobierno canadiense adoptó varias estrategias en materia de políticas públicas, particularmente en cuanto a la salud, con el lanzamiento en 2004 del Fondo de transición en salud indígena (FTSA) cuyo objetivo era de « ... eliminar la brecha entre el estado de salud de las poblaciones indígenas y el del resto de la población canadiense, mejorando el acceso a los servicios de salud existentes »<sup>5</sup>. A raíz de ello surgieron en todo Canadá decenas de proyectos cuya principal característica era de ser realizados por instancias u organizaciones indígenas, con el objetivo de favorecer la integración de los servicios y de ampliar la participación de los Pueblos indígenas en su concepción e implementación. Una de las facetas del FTSA apuntaba justamente al financiamiento de iniciativas prometedoras que presentaban propuestas innovadoras ante los desafíos de accesibilidad, de organización y de oferta de servicios (Cloutier *et al.* 2009). Es en este contexto que nace realmente el proyecto de creación de la Clínica Minowé (GRH 2011).

Durante la misma época, en 2006, tuvo lugar en Quebec el primer Foro socioeconómico de las Primeras naciones, que reunió a cientos de líderes y representantes indígenas de la provincia, además de decenas de decisores de los gobiernos canadiense y quebequense, y numerosos actores y actrices de la sociedad civil indígena y quebequense<sup>6</sup> (APNQL 2006). Entre los diversos temas que fueron abordados y de compromisos ministeriales que surgieron de los intercambios, se destacó el tema de la salud. Entre las decisiones tomadas durante ese Foro, se concluyó un acuerdo que favoreció particularmente la creación de una nueva colaboración entre el Ministerio de la Salud y Servicios sociales de Quebec y la Agrupación de Centros de amistad indígenas de Quebec, para favorecer la « transferencia de conocimientos y de pericias entre éstos y los Centros de salud y servicios sociales gubernamentales<sup>7</sup> [y] la identificación de zonas de complementariedad de servicios para personas indígenas del medio urbano » (Ouellette y Cloutier 2010 : 7).

En Abitibi-Témiscamingue, numerosos integrantes de las Primeras Naciones evitan los servicios de salud existentes a causa del tipo de acogida que se les brinda y la incomprensión a la cual se ven generalmente enfrentados. Es una situación preocupante, especialmente porque concierne una porción en aumento de la población local y regional. Efectivamente, la

---

<sup>5</sup> Para más información acerca del FTSA: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/services-soins-sante/meilleur-acces-services/fonds-transition-sante-autochtones.html>. En su versión inicial, este programa terminó en 2011. Fue entonces remplazado por el Fondo de integración de servicios de salud (FISS), que sigue actualmente vigente. El CAAVD recibió una subvención del FISS en 2016.

<sup>6</sup> El Foro socioeconómico de las Primeras Naciones tuvo lugar del 25 al 27 de octubre 2006 en Mashteuiatsh, en la provincia de Quebec. Ese foro reunió por primera vez en una misma mesa las Primeras Naciones e Inuit, la sociedad civil quebequense y los gobiernos de Quebec y Canadá. Fue una ocasión de generar cambios estructurales para mejorar las condiciones de vida de las Primeras Naciones en Quebec, apoyándose en los acuerdos y compromisos de las instancias implicadas (APNQL 2006).

<sup>7</sup> Las Agencias de Salud y Servicios sociales del gobierno provincial intervienen dentro de las regiones sociosanitarias de la provincia de Quebec. Una reforma reciente (2015) abolió estas agencias remplazándolas por nuevas estructuras de atención y servicios llamados Centros integrados de salud y servicios sociales (CIUSSS).

población indígena que vive en la ciudad ha literalmente triplicado desde 2006, pasando hoy en día, de menos de 1,5 %, a cerca de 5 % de la población total. Sus necesidades se diversifican, las familias, cuya tasa de natalidad es casi tres veces más elevada que en el resto de la población, son más numerosas, al igual que las personas solas y las familias monoparentales femeninas: se hace entonces más urgente aún la necesidad de vivienda y servicios públicos.

Además, es un hecho sabido y documentado que la circulación entre Val d'Or y las comunidades indígenas de origen *cri* y *anicinape*, ubicadas a proximidad o a una distancia mayor, están en aumento, lo que incrementa la presencia indígena temporal y da lugar a nuevas formas de movilidad residencial y profesional (Lévesque *et al.* 2014). Val-d'Or es un destino particularmente privilegiado para la acogida de pacientes indígenas de las regiones de Abitibi-Témiscamingue y de Eeyou Istchee. Hace ya bastante tiempo que las mujeres *cri* y *anicinape* se desplazan a Val-d'Or para dar a luz. Algunas mujeres se quedan algunas semanas, otras, permanecen varios meses, cuando su condición lo requiere. Numerosas personas provenientes de comunidades *cri* viajan a Val d'Or para recibir una atención especializada de salud y deben permanecer por un tiempo en esa ciudad. Los desafíos en torno a la oferta de servicios para las personas indígenas que viven de manera permanente o temporal o para quienes están de paso por unos días o unas semanas en la ciudad de Val d'Or, representan una realidad con la cual el CAAVD debe batallar cotidianamente.

### ● La implementación

En 2008, el CAAVD obtuvo un primer financiamiento del Fondo de transición en salud indígena (GRH 2011). Como el objetivo era de lograr un acercamiento con los y las integrantes de la red quebequense de la salud, un comité directivo fue creado, se establecieron planes de acción y se firmaron acuerdos de intercambio de servicios. Además del personal del CAAVD, el comité reunía en ese entonces, actores y actrices de la Agencia de salud y servicios sociales de Abitibi-Témiscamingue y del Centro de jóvenes de la región (cuya misión es de supervisar los servicios dirigidos a los jóvenes y adolescentes con dificultades)<sup>8</sup>. Representantes de otras organizaciones indígenas y no indígenas jugaron igualmente un rol puntual en ese comité. Las primeras actividades organizadas por esta instancia tenían como objetivo de identificar las zonas de interconexión y de complementariedad; cada colaborador tenía que proponer servicios específicos tomando en cuenta su mandato las competencias y cualidades de su personal y sus campos de acción.

En el inicio, los encuentros del comité directivo se multiplicaron ya que los colaboradores estaban poco informados de los servicios ofrecidos por los demás, particularmente los que ofrecía el Centro de amistad indígena de Val d'Or. Como el centro está abierto 24 horas diarias, 7 días a la semana, proponía una amplia diversidad de actividades familiares y comunitarias a la población indígena de la ciudad y de los alrededores, además de ofrecer un servicio de restaurante y servicios de alojamiento para las y los pacientes en tránsito médico. El CAAVD contrata a unas cien personas, la mayoría, indígenas. Es el empleador más

---

<sup>8</sup> En la refundación de 2015, los Centros de jóvenes fueron integrados a la nueva estructura (véase nota 6).

importante de la ciudad, pero es raramente frecuentado por la población local no indígena; incluso tras 45 años de existencia, pocos son quienes se interesan en su acción y en su papel de mediación entre los mundos indígenas y quebequense.

Por lo tanto, las realidades vividas por la población indígena de las ciudades de la región eran muy poco conocidas por las instancias de la red quebequense. Esta fase de experimentación se transformó entonces en una fase de sensibilización y de familiarización con las realidades y particularidades del mundo indígena: sus orígenes, sus valores, sus herencias, sus trayectorias, sus saberes, sus prácticas, sus puntos de referencias sociales y sus condiciones de existencia. Se hizo entonces esencial favorecer un mejor conocimiento de los desafíos y problemáticas encontrados tanto por la población local como por los agentes de intervención social, indígenas o no.

En el otoño de 2009, el CAAVD organizó una jornada de intercambios de conocimientos enfocada en las problemáticas y desafíos del proyecto de la Clínica, con la estrecha colaboración de la Alianza se inscribía directamente en el marco de las observaciones científicas ligadas al de investigación ODENA<sup>9</sup> (Cloutier *et al.* 2009). Esta actividad, que se proyecto Minowé, reunió personas investigadoras, agentes de intervención social y distintos actores y actrices del paisaje institucional local y regional implicado en el expediente de la salud en torno a los indígenas de la región. Rápidamente los intercambios se orientaron hacia la necesidad de redefinir y renovar los servicios existentes para que correspondieran de forma más apropiada a las realidades vividas por los miembros de Pueblos indígenas, en vez de esperar de éstos que se adaptaran al sistema vigente (Cloutier *et al.* 2009).

Las discusiones permitieron destacar, entre otras cosas, la complejidad de las relaciones jurídicas entre los gobiernos y las instancias indígenas en materia de salud, y los efectos de la exclusión y de la marginalización que viven numerosas personas indígenas tras su partida de su comunidad o reserva de origen. La pregunta principal, lo que fue el hilo conductor de todas las discusiones que se dieron ese día, fue lograr definir los parámetros y los mecanismos en función de los cuales las instancias comprometidas puedan actuar unas con otras en este proyecto innovador de creación de un nuevo espacio de servicios a partir del CAAVD. Fue de ese modo que surgieron las bases de la Clínica Minowé.

---

<sup>9</sup> La Alianza de investigación ODENA, una infraestructura de investigación colaborativa de la Red DIALOG, es financiada, desde su creación en 2009, por el Consejo de investigaciones en ciencias humanas de Canadá (CRSH). Reúne a representantes de la sociedad civil indígena, investigadores e investigadoras y estudiantes de varias universidades, comprometidos en un proceso de co-construcción y de movilización de los conocimientos para mejorar la calidad de vida de la población indígena de las ciudades y renovar las relaciones entre los Primeros Pueblos y las y los demás ciudadanos de Quebec, en un espíritu de igualdad y de respeto mutuo. ODENA tiene como objetivo de apoyar el desarrollo social, económico, político y cultural de la población indígena de las ciudades quebequenses y valorar la acción colectiva en los centros de amistad indígenas.

## **El papel y el alcance de las observaciones científicas de la Alianza ODENA**

Las observaciones científicas integradas en el proyecto Minowé constituyen un proceso continuo y reflexivo de creación, organización y seguimiento de los conocimientos con el objetivo de identificar, censar, procesar y analizar la información científica y indígena relativa al proyecto : sus orientaciones, su gobernanza, sus prácticas, sus actividades, sus impactos y efectos (incluyendo la producción científica que resulta de éstas). Los componentes de estas observaciones científicas son los siguientes :

- Documentar el desarrollo de las distintas actividades del proyecto a medida que se van realizando;
- Recabar informaciones de primera mano acerca sobre las intervenciones realizadas y las prácticas implementadas;
- Identificar experiencias similares y documentarlas, a partir de la literatura científica, gubernamental e indígena;
- Circunscribir las tendencias y el tipo de contribución particular que se perfilan en el proyecto;
- Situar el proyecto entre las grandes tendencias del ámbito, a nivel nacional e internacional;
- Proporcionar una información resumida a los decisores, actores y agentes de intervención social para respaldar sus acciones y decisiones;
- Facilitar el intercambio, la circulación y la transferencia de información;
- Apoyar el proceso de apropiación y de aprendizaje desarrollado en el marco del proyecto.

En el marco de los acuerdos vigentes y de las gestiones de acercamiento en curso, al inicio del año 2011, una enfermera y un trabajador psicosocial que trabajaban en la red provincial vinieron a instalarse en el Centro de amistad indígena para acercarse de la población indígena. Bajo el alero de la Clínica y con el apoyo de una coordinadora administrativa y de una consejera clínica del CAAVD se constituye el primer equipo multidisciplinario de cuidados e intervención. Se ofrecieron nuevos servicios : cuidados prenatales y posnatales para niños y madres, vacunación, prevención, acompañamiento para personas y familias en dificultad. La frecuencia de visitas a la Clínica aumentó rápidamente: entre 2011 y 2013, se contaban más de 4000 consultas. Tres cuartos de ellas eran de individuos y un cuarto, familias. Se abrieron cientos de expedientes.

En su informe anual 2013-2014, el Centro de jóvenes de la región indicaba una disminución de casi 40% del índice de avisos de jóvenes indígenas en situación de dificultad (CJAT 2014). No cabía ya duda de que la Clínica era cada vez más conocida y frecuentada. Además, en sólo unos años ya había demostrado la calidad de su servicio esencial, creando un lugar acogedor y libre de prejuicios, en el cual las personas indígenas de todas las edades, géneros y pertenencias podían tener acompañamiento, recibir seguridad, conseguir respuestas a sus preguntas y obtener cuidados y el sostén correspondiente a su estado.

La clínica Minowé forma parte de los nuevos lugares de expresión ciudadana : y da fé de las dificultades de la red quebequense de servicios para responder a las necesidades de indígenas. Es precisamente por esa razón que éstos frecuentan poco el sistema de salud actual. La clínica promueve un enfoque culturalmente pertinente, que ilustra una comprensión global del contexto económico, social y jurídico de las naciones y de las

personas indígenas. La clínica Minowé compensa los importantes vacíos de la red actual, garantiza una interconexión entre los servicios de salud a nivel provincial y los servicios a las comunidades del gobierno federal, y permite la creación de colaboraciones entre distintos actores de la sociedad. (Cloutier citado en Abitbol *et al.* 2012)

### ● La Clínica en 2018

A fines de 2017, después de haber funcionado durante siete años, la Clínica Minowé ofrecía, una variedad de servicios integrados que eran actualizados regularmente : 1) servicios para las mujeres embarazadas, sus hijos y su familia (contracepción, seguimiento prenatal y posnatal, vacunación para los niños de 0-5 años, evaluación del desarrollo de los niños) ; 2) servicios de prevención de enfermedades crónicas, detección y apoyo a las personas diabéticas, que sufren de colesterol o hipertensión, prevención y promoción de hábitos saludables, campaña de vacunación contra la influenza ; 3) servicios de intervención psicosocial que ofrecen un apoyo a las familias y a los jóvenes con dificultades y un acompañamiento en casos de denuncia y de internamiento de niños o adolescentes así como en casos de problemas de salud mental.

El objetivo de ese modelo colectivo era, sin lugar a dudas, encontrar una solución viable a distintas constataciones en cuanto a las desastrosas condiciones de salud de la población indígena; no sólo se trataba de aumentar la accesibilidad y la prestación misma de los cuidados de salud, sino que se trataba sobre todo de ofrecer a las personas indígenas que viven en las ciudades « cuidados culturalmente adaptados y cuyo financiamiento y estructura organizacional permitieran evitar obstrucciones políticas y jurisdiccionales, que a menudo frenan o afectan la prestación de servicios» (Lainé y Lainé 2011 : 90). La opción de ofrecer servicios complementarios, basándose en la preocupación de renovar las prácticas y de tomar en cuenta las condiciones de vida, se tornó entonces prioridad para cada una de las instancias asociadas.

Por último, la creación de la Clínica y su implementación no necesitaron ninguna modificación del contexto jurídico o político existente. Sin embargo, la rigidez y la falta de bases con coherencia indígena de los protocolos, procedimientos y normas vigentes en la red quebequense de salud han hecho aún más difícil el trabajo del personal y afectan regularmente las acciones o decisiones que se deben tomar. Además, evidentemente la medicina occidental constituye la referencia principal del personal de salud, pero la forma en la cual esa medicina se ejerce en la Clínica, así como las condiciones en las cuales se practica, han cambiado, ya que más allá de los actos médicos, se priorizan la prevención, la escucha de los pacientes, la responsabilidad colectiva del personal y su pertenencia comunitaria (CCS 2012). En esta óptica, la Clínica Minowé no es un proyecto de unas cuantas personas; surge de la iniciativa de una colectividad para un mayor bienestar y para la encarnación de una búsqueda particular, la del Mino Madji8in.

#### 4. Bienestar, visión del mundo e impactos del colonialismo

En lengua *anicinape*, el Mino Madji8in<sup>10</sup> hace referencia a un estado de un bienestar global, armonioso y equilibrado y de modo más general, a la calidad de vida de la población indígena en cuanto a sus relaciones con los humanos, los seres vivos y el universo. El Mino Madji8in refleja el espíritu de los ancestros y está en constante evolución, es una forma específicamente indígena de ser, de entender el mundo y de interactuar respetando los valores tradicionales y contemporáneos (RCAAQ 2012).

[...] *El Mino Madji8in* hace referencia tanto a un estado de ánimo como a una certeza que el bienestar consiste en cultivar nuestra voluntad de estar en armonía en todos los sentidos, en el tiempo y en el espacio. Esta búsqueda de un mejor bienestar individual y colectivo depende de un equilibrio de las distintas dimensiones del Círculo de la vida y de las interacciones entre éstas. Esta búsqueda es representada por un movimiento perpetuo que se arraiga en la vida sin jamás detenerse. (RCAAQ 2012 : 8-9)

El Mino Madji8in se caracteriza principalmente por un doble arraigo, a la vez identitario e individual, por una parte, y por otra parte colectivo y comunitario, que sitúa al individuo, en cualquier circunstancia, en el seno de una colectividad, como miembro en aprendizaje, activo y reflexivo de esta colectividad. Es un proceso completamente holístico en el sentido en que ilustra un equilibrio cuyas distintas dimensiones y fuerzas se extienden de manera combinada e integrada en los planos individual, familiar, comunitario, territorial y cosmogónico. Aislar la persona (sea de 5 o de 80 años) de su universo de significados y de relaciones genera, por lo tanto, una ruptura en su desarrollo y en su desenvolvimiento y realización integral y rompe con el círculo de transmisión de conocimientos y competencias que garantiza la conexión con el Mino Madji8in (RCAAQ 2012).

La colonización que sufrieron los Pueblos indígenas en Canadá (así como varios otros pueblos del planeta) generó ese tipo de interrupciones, de desmoronamientos y de fragmentaciones sociales y personales. Cuando se busca entender las realidades contemporáneas y las condiciones de existencia de los Pueblos indígenas, invocar el colonialismo es algo corriente. Sin embargo, para mirar más allá del colonialismo y, de esta forma, lograr la anhelada reconciliación, toca superar la etapa de la constatación y enfocarse en sus efectos y alcances. Resulta entonces importante reconstituir los procesos y entender de qué manera el colonialismo operó y sigue operando en varios contextos (Newhouse 2008).

El colonialismo es una manifestación clara de despojo humano. Un sistema político de esa índole traduce una voluntad estatal de afirmación, de dominación, de fuerza y de poder en contra de individuos y grupos sociales dados. En el caso de Canadá, y por extensión de Quebec, las expresiones del colonialismo generaron para los Pueblos indígenas desposesiones territoriales, pérdidas de control individuales sobre su propia existencia, disfuncionamientos familiares, heridas identitarias, deterioración de las condiciones de

---

<sup>10</sup> Las ortografías de ese término varían según las fuentes y las diferencias dialectales.

pertenencia a un grupo, jerarquización de los estatutos al celebrar la filiación patrilineal a costa de la filiación matrilineal, traumas que hoy en día sabemos que son transgeneracionales, en el sentido que trascienden las generaciones y las épocas, así como transformaciones profundas de la organización social y económica (Dion *et al.* 2016, Menzies 2011).

Para los Pueblos indígenas, la visión del mundo, de la naturaleza, de los seres vivos (tanto humanos como animales) se basa en un conjunto de dispositivos relacionales, de sentidos y de obligaciones sociales que influyen los comportamientos, las opciones y aspiraciones de los individuos ante su existencia y la de las otras personas que interactúan en su universo. Por lo tanto, el equilibrio de una persona es por una parte, el resultado de una búsqueda continua de armonía entre estas distintas dimensiones y, por otra parte, de su pertenencia a una colectividad, cuyos miembros comparten la misma búsqueda. Cuando se rompe o incluso se destruye este equilibrio, cuando se interrumpe el encadenamiento de relaciones y de sentidos (como fue el caso con el régimen de internados indígenas, por ejemplo), cuando la persona se ve aislada de su medio de vida comunitario, ya no logra encontrar respuestas a sus preguntas y su poder de actuar se ve reducido y socavado (CVRC 2015).

La sobrevivencia y la reproducción de los grupos y familias dependieron durante mucho tiempo de mecanismos de regulación social y de asociación familiar a los cuales adherían los distintos miembros del grupo. Estos mecanismos permitían intervenir en caso de dificultades o de desacuerdos de distintos tipos. Se basaban en valores y principios de vida que favorecían la ayuda, el intercambio y la cohesión, en vez del individualismo y la competición. Estos valores y principios se transmitían entre generaciones y eran valorizados por medio de las obligaciones y responsabilidades cotidianas y estacionales.

El sistema de reservas, el episodio de los internados indígenas y la sedentarización modificaron de manera profunda el orden de las cosas, cortaron las correas de transmisión y socavaron prácticas que favorecían el equilibrio de los grupos y de las familias, así como los modos de interacción y de colaboración que se utilizaban en las relaciones entre grupos de una misma banda o entre distintas bandas. En otras palabras, existían reglas, normas, obligaciones, responsabilidades y prácticas en las cuales se basaban las relaciones entre individuos. A pesar del paso del tiempo, de las pérdidas y desposesiones, siguen existiendo los principios fundadores, la esencia misma de esas reglas y prácticas que regulaban el « vivir juntos » y favorecían la cohesión social. Volver a constituirlos, regenerarlos y actualizarlos se hace esencial.

La Clínica Minowé fue fundada con esas bases, a la vez históricas y contemporáneas. Por lo tanto, hoy en día propone una diversidad de servicios en constante recomposición y favorece así mismo un mejor bienestar y la reconexión comunitaria de las personas y familias con dificultades de distintos tipos, respondiendo a la vez a las necesidades inmediatas de vacunación, detección, tratamientos, acompañamientos y prevención. Esta oferta de servicios tiene como objetivo de combatir, con el tiempo, los efectos nocivos del colonialismo, el cual es uno de los factores determinantes de la mala condición de salud de las personas indígenas (Greenwood *et al.* 2015). El proceso de seguridad social y cultural adoptado por el Centro de amistad indígena responde en cierto sentido a esta problemática.

## 5. Seguridad cultural y transformación social

El enfoque de seguridad cultural (*cultural safety*) fue desarrollado en los años 90 en Nueva Zelanda, en el contexto de servicios de enfermería destinados a los Maoris. La profesora de enfermería, Irihapeti Ramsden, también maorí, escribió sustancialmente sobre el tema y contribuyó a su difusión a nivel internacional (Ramsden 2002, Wepa 2005). Este enfoque nació como respuesta ante las preocupaciones alarmantes sobre la salud de los y las Maoris y de su descontento ante los servicios y las prácticas que no eran considerados culturalmente seguros. Esas prácticas no seguras se describieron entonces como « *any action, which diminishes, demeans or disempowers the cultural identity and well-being of an individual* » (NCNZ 2011: 7).

Principalmente destinado a luchar contra las relaciones de poder desiguales entre Indígenas y no-Indígenas en la administración de la asistencia sanitaria, este enfoque tiene también como objetivo de revisar los fundamentos en los cuales se basan las prácticas de las y los trabajadores para que tomen en cuenta la identidad cultural y respondan, de manera segura, a las necesidades y expectativas de la población en materia de salud y servicios sociales. La seguridad cultural se construye en base al respeto mutuo y al intercambio de habilidades y conocimientos : se apoya en modos de interacción, procesos de aprendizaje y mecanismos de transmisión y de comunicación específicos a la cultura indígena. Este enfoque abarca todos los factores sociales relacionados con la salud indígena que son abordados de manera integrada: condiciones socioeconómicas desfavorables, colonización, opresión, discriminación, falta de viviendas, insalubridad, inseguridad alimentaria, aislamiento social (Greenwood *et al.* 2015).

Actualmente, existen dos escuelas de pensamiento con distintas posiciones en cuanto a la seguridad cultural. Una primera escuela, más instrumental, asocia ese enfoque a manifestaciones puntuales de adaptación e inclusión que proponen disposiciones menores dentro del sistema sanitario vigente. Su alcance es individualizado y circunstancial y se enfoca en la relación existente (o que podría existir) entre un agente de intervención y la persona indígena cuyo estado requiere cuidados o acompañamiento particulares. En esta óptica, se deja la responsabilidad de la transformación deseada entre las manos de los individuos presentes.

La segunda escuela de pensamiento remite a una comprensión colectiva e institucional de las situaciones consideradas discriminatorias y se interesa en las condiciones estructurales que generan las desigualdades en el ámbito de la salud, entre otros, de modo que el cambio sea duradero. Esta segunda posición necesita un conocimiento exhaustivo de las problemáticas de salud (en un sentido amplio) relacionadas con la población indígena y busca redefinir los protocolos y programas que enmarcan la atención sanitaria. Hace referencia a la herencia colonial compartida por los Pueblos indígenas y a sus impactos intergeneracionales sobre la salud y la calidad de vida. Permite explicar cómo los lazos desarrollados entre los y las Indígenas y las instituciones políticas y culturales impuestas por el Estado canadiense han sido nefastos para sus culturas, sus sociedades y su desarrollo en los planos individual y colectivo. Propone restaurar, regenerar y actualizar los lazos de origen y construir entornos

significativos que favorezcan el pleno cumplimiento de las capacidades de los individuos y colectividades (Lévesque 2016).

Por su objetivo de reducir las diferencias y desigualdades existentes entre la población indígena y canadiense y quebequense tanto en el ámbito de la salud como en otros ámbitos, el enfoque institucional de seguridad cultural:

- Reconoce la legitimidad de la diferencia social y cultural indígena en sus distintas expresiones, en término de conocimientos, prácticas y competencias;
- Toma en cuenta los efectos duraderos de la colonización, del racismo sistémico y del trauma intergeneracional que resulta de ésta;
- Contribuye a la creación de espacios seguros y acogedores para la población indígena en materia de salud, educación y empleabilidad, en el ámbito judicial o en medio ambiente;
- Favorece el desarrollo de servicios, prácticas e iniciativas de acuerdo con los modos de acompañamiento, de cuidados, de prevención, de sanación, de transacción social y de aprensión del mundo indígena;
- Ilustra una voluntad colectiva y comunitaria de transformación e innovación social de parte de las instancias indígenas;
- Se basa en el principio fundador de la justicia social en su objetivo de reducción de las desigualdades;
- Y, sobre todo, se inscribe en una acción clara y legítima de afirmación política e identitaria y de gobernanza indígena.

Esencialmente, la ecuación es bastante simple: la colonización, el sexismo y el racismo sistémicos dañaron las redes de seguridad y los mecanismos y prácticas de regulación social que existían (y que siguen existiendo) en las sociedades indígenas. Es importante reconstituirlos, por una parte, pero también reubicarlos en un contexto de modernidad, por otra parte. Efectivamente, las condiciones objetivas de existencia se transformaron de manera importante en función del crecimiento demográfico, de la sedentarización, de la presencia significativa en las ciudades, de la diversificación económica, de la globalización y del desarrollo de las tecnologías de la información. Es entonces en esta realidad actual que pueden arraigarse iniciativas coordinadas e institucionalizadas de seguridad cultural en contexto indígena. El ejemplo de la perinatalidad social, tal como fue desarrollada en la Clínica Minowé, permitió que se aplicara de manera concreta<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> El proyecto de perinatalidad social indígena (designado por el término Abinodjic que significa « niño o niña » en lengua *anicinape*), desarrollado en el Centro de amistad indígena de Val-d'Or, fue implementado gracias a una subvención de la organización filantrópica quebequense Avenir d'Enfants cuya misión era favorecer el desarrollo de niños y niñas de la provincia de Quebec. El proyecto Abinodjic tuvo dos fases desarrollo : la primera fase tuvo lugar de 2011 a 2014; la segunda se inició en 2015 y se acabó al final del año 2018.

## 6. La perinatalidad social indígena

- **Contextualización**

Desde el inicio de sus actividades, la Clínica Minowé se enfocó rápidamente en las mujeres embarazadas y sus hijos e hijas ( de 0 a 5 años), considerando su situación aún más preocupante dentro de la población indígena, tanto en el plano de la salud como de sus condiciones socioeconómicas: tasa de mortalidad infantil más elevada, baja tasa de vacunación, pésimo estado nutricional de los bebés, niños y niñas y de su madre, dificultades motrices del recién nacido, dificultades de aprendizaje a todas las edades. Se da cuenta un gran número importante de mujeres y niños afectados. Efectivamente, la tasa de fecundidad de las adolescentes de las Primeras Naciones es por lo menos ocho veces más elevada que la de las adolescentes quebequenses. Las adolescentes indígenas de menos de 15 años presentan una tasa de natalidad 18 veces superior a la de las jóvenes canadienses (UNICEF 2009). Por si fuera poco, en la provincia de Quebec, la tasa de pobreza de niños y niñas indígenas es de 33 %, es decir dos veces más que la de los niños y niñas no indígenas que es de 16 % (Macdonald y Wilson 2013).

La región de Val-d'Or no es una excepción en lo que respecta a esas realidades socioeconómicas globales, ya que los ingresos de los y las Indígenas son netamente menores que en el caso de los no-indígenas, las familias son más numerosas y las situaciones de monoparentalidad son dos veces más frecuentes que en el resto de la población. En el caso de las mujeres que deben dejar su comunidad para dar a luz, el alejamiento geográfico, el aislamiento social que ocurre frecuentemente, la falta de apoyo durante el embarazo, la juventud y la inexperiencia de las madres, las condiciones insalubres de vivienda, la falta de dinero, son todas fuentes de marginalización y de impotencia, incluso de desestabilización emocional, capaces de limitar la realización física y psicológica de la madre y el potencial de desarrollo motor físico y psicológico de sus hijos o hijas. Es por lo tanto frecuente que las madres, jóvenes y mayores, sean interpeladas por los servicios de protección de la infancia cuyo personal está generalmente poco informado de las condiciones de vida, de las realidades y costumbres parentales de las familias indígenas. La incompreensión y la falta de comunicación conllevan muy a menudo a la imposición de medidas radicales que provocan el retiro de los niños y niñas de su entorno.

- **Las orientaciones iniciales**

El enfoque adoptado por el Centro de amistad indígena de Val-d'Or se basó en una comprensión amplia y sistémica de la perinatalidad social que reúne no sólo a la mujer embarazada y su hijo o hija por nacer, sino que también al padre, a los hermanos y hermanas, dependiendo del caso, al grupo familiar y de más allá aún, a la comunidad indígena urbana. Para ello, había que trabajar en distintos frentes al mismo tiempo : 1) creando un entorno de vida seguro y estimulante que permita un desarrollo óptimo para la mujer embarazada, la madre y el pequeño bebé; 2) favoreciendo la implicación activa y continua de los padres y el apoyo del grupo familiar para garantizar el bienestar del niño y su equilibrio holístico; 3) contribuyendo en el desarrollo de un entorno social sano que respete los valores indígenas

tradicionales y contemporáneos; 4) redefiniendo los servicios y prácticas para que den cuenta de una conciencia, competencia y seguridad culturales indígenas.

Las acciones para dar seguridad implementadas por el CAAVD, que apuntan nada menos que a una verdadera transformación social, permitieron inicialmente una renovación de las maneras de actuar en término de organización y de prestación de servicios, basada en el resurgimiento de prácticas y saberes indígenas. Efectivamente, al igual que los grandes sistemas sociales de distintos ámbitos, la oferta de servicios en salud y de servicios sociales en Canadá y en Quebec se basa en una voluntad de estandarización y de universalización de los protocolos de cuidados y de intervención. Esta visión deja poco espacio al desarrollo de prácticas externas o incluso, alternativas.

Asimismo, las categorías de referencia son las mismas para toda la sociedad en su conjunto. Cuando se observaba al grupo de edad que se atendía en primer lugar, es decir, a los niños de 0 a 5 años, no se tomaban en cuenta los marcadores individuales y comunitarios que influyen en la trayectoria de los niños pequeños. El equipo del CAAVD introdujo entonces una distinción en los grupos de niños, clasificando, por una parte, los niños desde su nacimiento hasta la edad de 2 años, y luego, en otro grupo, los de edad superior, es decir de 3 a 5 años. Esa distinción puede parecer banal desde el exterior, pero permitió una mejor asociación de esas etapas de la vida a unas prácticas familiares y sociales específicas, más acordes con las formas de actuar indígenas.

Según el informe de evaluación de la primera fase del proyecto realizado en la primavera 2014, los impactos positivos del desarrollo de nuevas prácticas, combinados con una mayor accesibilidad a los programas ofrecidos gracias a que las actividades y el personal estaban concentrados en el Centro, se ilustraron por una mejor salud física y social de los niños indígenas pequeños, así como la de su familia próxima y al grupo familiar (Blanchet-Cohen y Trudel 2014). La evaluación también permitió destacar la eficiencia del enfoque ecosistémico en la cual se basa la oferta de servicios del CAAVD, ya que el proyecto de perinatalidad social indígena contribuyó a la creación de una nueva pasarela de cuidados que parte del niño, llega a los padres y se despliega hasta su grupo familiar y su comunidad de pertenencia.

En un segundo tiempo, cuando ya se restablece la confianza de las madres y de las familias, después de haber favorecido su participación no solamente en las actividades propiamente dichas, sino que también en su concepción, y luego de haber registrado su discurso y sus experiencias, se puso el acento en la necesidad de equiparse de herramientas y dispositivos de igual pertinencia cultural, para poder documentar los aprendizajes, apoyar y diversificar las habilidades parentales, familiares, comunitarias e institucionales.

- **Hacia un nuevo modelo de intervención**

A la luz de estas constataciones, un nuevo modelo de intervención fue adoptado en 2017. Inspirado de la rueda de la medicina y centrado en el mayor bienestar holístico del niño o de la niña, este modelo comprende cuatro campos de acción (saberes culturales, modos de vida sanos, red de apoyo y de enriquecimiento de la experiencia parental) que circunscriben la

oferta de servicios y que, a largo plazo, fortalecerán la red de protección de las familias, aumentará el orgullo identitario y favorecerá la justicia social y el acceso a la igualdad de oportunidades. La redefinición del modelo de Abinodjic generó varios impactos positivos, incluyendo una mayor cantidad de padres y niños que beneficiaron de un acompañamiento. El equipo tenía como objetivo abarcar a 20 madres y 20 padres, pero finalmente participaron 176 madres y 60 padres durante los tres años que duró la segunda fase del proyecto (Blanchet-Cohen y Geoffroy 2019).

Además, el enfoque ecosistémico del equipo multidisciplinario favoreció un fortalecimiento de las relaciones existentes entre los distintos actores implicados, lo que llevó a la adopción de un enfoque más colectivo, centrado en el desarrollo de una red de protección comunitaria y familiar, en vez de centrarse exclusivamente en la relación entre ellos y ellas, por un lado, y los padres por el otro. Se observaron varios impactos, como una mejor comprensión de la evolución de las necesidades de las familias indígenas y por lo tanto, un ajuste de la oferta de servicios; un fortalecimiento de las competencias en seguridad cultural del personal y una redefinición de los indicadores y conceptos subyacentes del modo de intervención; un acercamiento y una mejor colaboración con el personal del sistema público. Este último llegó poco a poco a considerar el equipo del CAAVD como la instancia privilegiada para las intervenciones de la Dirección de la protección de la juventud (DPJ) con las familias indígenas, la Comisión escolar de l'Or et des Bois, y el Centro integrado de salud y servicios sociales de Abitibi-Témiscamingue (Blanchet-Cohen y Geoffroy 2019).

## **7. De Minowé a Mino Pimatizi8in**

Al inicio del año 2018, la aventura Minowé entró en una nueva fase de madurez y de desarrollo. Ya no se presentaba como un componente más entre otros de las actividades del CAAVD. En cierta forma, englobaba el conjunto de las energías relacionadas con el ámbito más amplio del mayor bienestar de la población indígena.

La evaluación evolutiva y la redefinición del modelo de intervención en el marco del proyecto Abinodjic dieron el impulso necesario para establecer las características de los fundamentos del nuevo Centro de salud Mino Pimatizi8in. Los impactos positivos en las familias de la refundación de los servicios en perinatalidad social indígena y la colaboración cada vez más estrecha entre el CAAVD y el CISSS-AT, confirmaron la clara necesidad de que la concepción, el desarrollo y la renovación de los servicios deben basarse en los sistemas de saberes, las normas sociales y las redes de protección indígenas. Este proceso demostró además la necesidad de ofrecer una respuesta sistémica, enriquecida y consolidada para eliminar las disparidades entre Indígenas y no-Indígenas en cuanto al mayor bienestar y para innovar en la concepción de nuevas medidas.

La dinámica relacional y colaborativa del modelo Minowé construido desde 2011, se ha transformado en un pilar de ese futuro centro de salud indígena en medio urbano. Este nuevo espacio de «mediación y de interacción» entre el CAAVD y el CISSS-AT tiene como objetivo asegurar de manera continua las condiciones propicias para un mejor estado de salud, al aumentar aún más la accesibilidad a los servicios, por una parte, y al renovar la oferta de

servicios de primera línea, por otra parte. Mediante una coordinación eficaz de los servicios y una responsabilidad poblacional compartida, circunscritas por un enfoque institucional de seguridad social y cultural, este laboratorio colaborativo (colaboratorio) « permitirá que los Indígenas se posicionen como protagonistas de esta nueva serie de servicios » y se construya una relación de confianza hacia los servicios públicos (Cloutier *et al.* 2018 : xiv).

Durante las audiencias del 20 de agosto 2018 de la Comisión de investigación sobre relaciones entre Indígenas y ciertos servicios públicos (Comisión Viens), Édith Cloutier, directora del CAAVD, presentó las grandes líneas del proyecto Mino Pimatizi8in. Estas fueron sus palabras :

[...] la iniciativa Mino Pimatizi8in, que representa una respuesta innovadora para renovar la oferta de servicios y construir la confianza, yo señalaba que los obstáculos están relacionados con la dificultad para los Indígenas de tener confianza y dirigirse hacia los servicios públicos. ¿Cómo se formuló esa respuesta? Pues se hizo dentro de un enfoque de colaboración y de co-construcción de conocimientos y de competencias. Esa co-construcción colaborativa se hizo entre el CISSS Abitibi-Témiscamingue y el Centro de amistad indígena de Val-d'Or, para aunar nuestras fuerzas y nuestra experiencia con el objetivo de crear lo que hemos llamado un *colaboratorio*. Este *colaboratorio* es en realidad un espacio de encuentro, de reflexión y de acción que reúne entonces los actores del centro de la amistad y del CISSS en un objetivo común de transformación y de innovación social » (Cloutier, Testimonio en la CERP, 20 de agosto 2018, p. 90 de la transcripción).

También decía que se trataba de crear una verdadera interconexión entre el CISSS-AT y el CAAVD para poder renovar la oferta de servicios de asistencia sanitaria y conservar los logros.

Un mecanismo importante de transmisión multilateral de conocimientos, de competencias y de experiencias se pondrá en marcha al interior del laboratorio para favorecer, en ambas partes, la difusión y la apropiación de enfoques y prácticas prometedoras, incluyendo aquellas relativas a la seguridad social y cultural en medio indígena. (Cloutier *et al.* 2018, P-729 : ix)

De manera concreta, este nuevo proyecto apunta en primer lugar a transformar los servicios de primera línea (de manera similar a los que son ofrecidos en Quebec en las clínicas médicas y en los CLSC<sup>12</sup>) para que sean más accesibles aún a la población indígena urbana, desarrollando primero la oferta al interior mismo del CAAVD; esa oferta incluye tanto servicios de salud como servicios psicosociales y comunitarios. Pero, sobre todo, el nuevo proyecto tiene como objetivo de arraigar el concepto de mayor bienestar, según una perspectiva y saberes indígenas, y proporcionar posteriormente servicios específicos de curación tradicional. La definición concreta de la oferta de servicios de curación tradicional se inspirará en los enfoques prometedores, definidos por la Fundación indígena de curación, especialmente. Un plan quinquenal, un verdadero programa abierto al futuro, fue establecido para « realizar las fases de desarrollo y de aplicación de este nuevo laboratorio, incluyendo enfoques de acompañamiento evaluativo y de arraigo científico » (Cloutier *et al.* 2018, P-729, p. xii).

---

<sup>12</sup> CLSC : Centro local de servicios comunitarios.

## Conclusión: los desafíos de una gobernanza compartida y de una oferta de servicios renovada

---

### a) Enseñanzas

En materia de salud indígena, aún existen numerosos y variados desafíos por superar para la población indígena de las ciudades canadienses (CCS 2012), pero en poco tiempo, ya se han logrado atravesar etapas esperanzadoras en todo Canadá. El ejemplo de Minowé/Mino Pimatzi8in resulta ser particularmente elocuente a este respecto. Según la visión indígena de mayor bienestar, la salud física va de la mano con la salud mental y la salud comunitaria con la salud ambiental, en una comprensión holística.

En esta óptica, hay que actuar de manera simultánea en todos los planos y particularmente, crear las condiciones para un mayor acceso a servicios sanitarios y de curación culturalmente seguros y significativos ya que la cultura es una herramienta terapéutica extraordinaria. Efectivamente, varios investigadores e investigadoras, profesionales de la salud y actores y actrices indígenas coinciden hoy en una constatación común: la cultura representa un poderoso vector de sanación que facilita el manejo de problemáticas, tanto físicas como socio-psicológicas (diabetes, obesidad, dependencias, depresión, desequilibrios múltiples, enfermedades mentales, tentativas de suicidio). Considerando que la asociación entre mayor bienestar y cultura prevalece en las representaciones colectivas indígenas, este tipo de percepción tiene que ser tomada en cuenta en la elaboración de programas destinados a las personas indígenas para aumentar las posibilidades de éxito de esas iniciativas (Castellano 2006, CCNSA 2015, Chandler & Lalonde 2009, Kirmayer *et al.* 2014, Menzies 2010; 2013, Rowan *et al.* 2014, Yellow Horse Brave Heart *et al.* 2011).

La creación de la Clínica Minowé fue pensada desde sus inicios como un proceso a largo plazo. No sólo se trata de dar una mayor cantidad de cuidados o una atención adecuada a las personas indígenas. Es importante que las instancias indígenas que trabajan en el ámbito de la salud (de manera global) puedan también ser parte integrante de la toma de decisiones en cuanto a la oferta de servicios, a la elaboración de políticas y al desarrollo de prácticas. Los datos longitudinales que permiten observar las condiciones de salud de las poblaciones (indígenas u otros) deben ser compiladas durante varios años, incluso varias décadas, para que se puedan constatar los logros. En el caso de la Clínica Minowé, es entonces aún muy pronto para saber si los nuevos servicios ofrecidos han podido modificar las fuertes tendencias que caracterizan las condiciones de salud de la población indígena urbana de la ciudad y de sus alrededores. Sin embargo, se hace evidente que una mayor proporción de la población indígena de de Val-d'Or y de sus alrededores tiene ahora acceso a una atención médica que no tenía antes. La detección para la diabetes o para enfermedades respiratorias ha alcanzado cientos de personas y familias; las personas que sufren diversos problemas de salud frecuentan menos ahora los servicios de urgencia de los hospitales; los padres preocupados por sus hijos e hijas, tienen acceso a una escucha personalizada de parte del personal; las niñas jóvenes y las mujeres acompañadas de sus recién-nacidos tienen ahora la posibilidad de interactuar con mujeres mayores que facilitan la transmisión de conocimientos en cuanto a los cuidados destinados a los niños.

## **b) Desafíos**

La Clínica Minowé es sobre todo una experiencia de transformación de la relación entre un sistema de salud gubernamental y una instancia indígena visionaria, hacia una relación respetuosa y cooperativa. Los desafíos encontrados fueron numerosos y deben ser recordados.

- **La participación activa en la toma de decisiones**

El CAAVD no apuntaba hacia un préstamo de servicios por parte de las autoridades de la red nacional de salud, lo que sólo hubiera representado un desplazamiento geográfico de la oferta y del personal, sin otra modalidad institucional, organizacional o estructural. Al contrario, su acción buscaba ubicarse en la fase preliminar de la oferta de servicios, ya que su principal objetivo era de participar plenamente en el proceso decisional, tanto en los planos estratégicos como operacionales. Sobre este tema, los mecanismos conjuntos de gobernanza implementados al inicio permitieron clarificar y reiterar a lo largo del camino los roles y responsabilidades de las actrices y actores implicados, tanto de un lado como del otro.

- **La continuidad de la relación de cooperación**

No cabe dudas de que la Clínica Minowé no hubiera podido existir sin el compromiso y la audacia del personal directivo del Centro integrado de salud y servicios sociales de Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT) quienes respondieron de manera positiva a las solicitudes del CAAVD. Si bien la solidez de la colaboración fue puesta a prueba por los cambios de funciones de algunas personas del equipo, o bien cuando seguían presentes en los intercambios ciertos prejuicios sobre las personas indígenas, esta colaboración se mantuvo lo suficiente fuerte a lo largo del proceso como para permitir una verdadera continuidad en la oferta y en la diversificación de nuevos servicios destinados a la población indígena.

- **El aporte esencial de un financiamiento continuo**

Los cambios ocurridos en los últimos años en los programas de financiamiento gubernamental en materia de salud indígena han tenido un papel considerable en el desarrollo de la Clínica Minowé, puesto que han favorecido las acciones conjuntas entre integrantes del sistema de salud canadiense o quebequenses e instancias indígenas. Se necesitan recursos, pero sobre todos medios financieros que den legitimidad a las iniciativas de esas instancias indígenas para que una colaboración de ese tipo pueda, no sólo desarrollarse, sino que también, puedan mantenerse en el tiempo. Por su posicionamiento en la escena local y nacional en el marco de concursos públicos, el CAAVD demostró su liderazgo comunitario y ciudadano, su capacidad de concepción de un nuevo modelo de servicios destinados a la población indígena, su papel activo en el esfuerzo de movilización de colaboradores institucionales de distintos horizontes y su determinación para un mayor bienestar de la población indígena.

- **El intercambio continuo de los aprendizajes**

Cohherentemente con su filosofía participativa, el CAAVD quería que las acciones y prácticas sanitarias tuvieran realmente una intención transformadora y educativa en todos los niveles de decisión, priorizando siempre las necesidades individuales y colectivas de la población indígena. El sólo hecho de compartir una información, por más pertinente que ella sea, no es suficiente para generar cambios en las prácticas de intervención, que vengan de personas indígenas o no. Esta información debe primero ser organizada y clara, debe transmitirse y aprenderse, en el sentido en que el personal pueda ponerla en perspectiva, apropiársela, y evaluar su efectividad en el marco de sus propias intervenciones. En ese sentido, en el marco del proceso de aprendizaje continuo se organizaron varias sesiones de formación desde el inicio del proyecto, para conservar huella de los avances y, volver a abordar, si fuese necesario, las dificultades encontradas.

- **La complementariedad de las competencias**

Estos aprendizajes también llevaron a cuestionarse de manera colectiva sobre las competencias que debían ser movilizadas en la Clínica para garantizar un funcionamiento armonioso, respetando las especializaciones compartidas y las enseñanzas indígenas. Si bien la situación es menos compleja, sin por ello ser exenta de dificultades, cuando la colaboración entre una instancia indígena y otra de la red de salud requiere la presencia de personal profesional con formación académica, sucede a menudo que las personas indígenas son poco tomadas en cuenta, si sus especializaciones, experiencias y saberes no han sido validados con un diploma. Por ejemplo, se hicieron y siempre se tendrán que hacer ajustes para que los cuidadores y las cuidadoras culturales indígenas (ancianos y ancianas, sabios y sabias, guías) puedan ser integrados a los equipos de trabajo y puedan continuar su labor de acompañamiento en las mejores condiciones posibles.

- **El papel de la investigación y de la evaluación**

Desde el inicio, el Centro de amistad indígena insistió también en la necesidad de incluir un monitoreo científico y un seguimiento evaluativo en tiempo real de las acciones de la Clínica, para asegurar su continua convergencia con la visión holística que caracteriza su misión. Los trabajos de investigación que surgieron de eso llevaron a la creación de nuevos corpus de conocimientos y de prácticas quienes, a su vez, constituyeron la base pedagógica y metodológica necesaria para la adquisición de nuevos aprendizajes, tanto por parte del personal indígena como no indígena. Los trabajos de investigación no se realizaron de manera anterior a la creación de la Clínica: fueron realizados en simbiosis con las acciones del CAAVD. Si bien la opción de este enfoque representó un desafío para el personal investigador, les dio sin embargo una ocasión única de poner en relación cuestionamientos científicos y desafíos sociales.

- **El despliegue del proceso de seguridad cultural**

La integración del proyecto Minowé en un proceso de seguridad cultural, permitió dotar a las actrices y actores (indígenas y no indígenas) con puntos de referencia conceptuales y metodológicos conjuntos, que les permitieran compartir un mismo marco de reflexión y de funcionamiento. No sólo se puso a disposición de la población un nuevo espacio físico en el CAAVD, sino que, además, éste constituye un espacio intelectual articulado en torno a la necesidad de redefinir la noción misma de salud, que permite alcanzar una comprensión más amplia del mejor-estar. Concretamente, el proceso de seguridad cultural propone un cambio de paradigma que resitúa la excepción indígena en el centro de las relaciones de nación a nación, entre personas indígenas y Estado.

- **El reconocimiento identitario y comunitario**

En el origen de un proyecto como el de la Clínica Minowé aparecen todos los componentes de una reapropiación identitaria por parte de la comunidad indígena urbana quebequense : una apropiación de su propio destino como sociedad, una participación efectiva a las decisiones que le incumben, un reconocimiento de las injusticias y de las desigualdades, una voluntad de acabar con la discriminación, un interés en el compromiso ciudadano y una preocupación de equidad y de respeto entre los humanos y los pueblos. El sentido pleno de este proyecto social se plasma en el objetivo de ofrecer a los niños, a los jóvenes y a las mujeres y hombres indígenas, los recursos para conseguir un mayor control sobre sus vidas y su salud, así como herramientas para transformarse, de manera colectiva, en actores y actrices de cambio y portadores de esperanza. Efectivamente, ya no sólo se trata de mejorar el acceso a la atención sanitaria y de aumentar la naturaleza y el alcance de los cuidados ofrecidos; sino que se trata, en todas circunstancias, de favorecer el pleno cumplimiento de las capacidades de las mujeres y hombres indígenas para que puedan ser los artesanos y las artesanas de su propia vida y ciudadanos y ciudadanas indígena de pleno derecho.

- **La contribución a la reconciliación y a la descolonización**

La Clínica Minowé representa más que un simple ejemplo positivo de mayor accesibilidad a los servicios sanitarios y sociales para la población indígena urbana. Es una manifestación significativa de la reconciliación deseada entre la sociedad canadiense y el mundo indígena. Con su contribución a la modificación de las relaciones desiguales de poder que tiñen las relaciones entre el Estado (canadiense y quebequense) y los Pueblos indígenas y su compromiso por un proceso de descolonización, la Clínica da una respuesta amplia e innovadora a los llamados a la acción formulados en el texto final de la Comisión de Verdad y Reconciliación de Canadá (CVRC 2015). Sus líderes han sabido hacer la promoción de una visión renovada de la democracia ciudadana, basada en la apertura, la justicia, el respeto, la cooperación y el reconocimiento de un sistema que aún con demasiada frecuencia sigue preconizando la integración (hoy en día con los términos de inclusión o de adaptación) de las personas indígenas en la sociedad dominante, pasando por alto sus particularidades sociales y culturales.

## Bibliografía

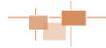
---

- Abitbol Jonathan, Catherine Delisle-L'Heureux *et al.* 2012. *La nouvelle modernité autochtone : trajectoires sociales, politiques et institutionnelles*, le Bulletin DIALOG, septembre : 15-17. En línea. <http://www.reseaudialog.ca/Docs/BulletinDIALOGSeptembres2012.pdf>
- Allan Billie y Janet Smylie. 2015. *First Peoples, Second Class Treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto : Wellesley Institute.
- Anderson Alan B. (dir.). 2013. *Home in the City : Urban Aboriginal Housing and Living Conditions*. Toronto : University of Toronto Press.
- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL). 2006. *Rapport du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant... pour l'avenir*. Wendake, Québec, 139 p.
- Baker Ava C. y Audrey R. Giles. 2012. Cultural safety: A framework for interactions between aboriginal patients and canadian family medicine practitioners, *Journal of Aboriginal Health*, 9 (1): 15-21. En línea: [https://www.naho.ca/jah/english/jah09\\_01/jah\\_volume09\\_Issue01.pdf](https://www.naho.ca/jah/english/jah09_01/jah_volume09_Issue01.pdf)
- Blanchet-Cohen Natasha y Monique Trudel. 2014. *Rapport d'évaluation du projet Abinodjic*. Informe preparado para el Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, Université Concordia, Montreal.
- Blanchet-Cohen Natasha y Pascale Geoffroy. 2019. *Rapport d'évaluation évolutive: Abinodjic II*. Informe preparado para el Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, Université Concordia, Montreal.
- Boyer Yvonne. 2015, *Moving Aboriginal Health Forward : Discarding Canada's Legal Barriers*. Saskatoon : Purich Publishing Limited.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone 2012. *L'espace sacré de la féminité : le maternage à travers les générations*. CCNSA, Ottawa.
- Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue. 2014. *Rapport annuel 2013-2014*. CJAT, Val- d'Or
- Cloutier Édith, Suzanne Dugré, Daniel Salée, Ioana Comat y Carole Lévesque. 2009. *Enjeux et défis en santé et services sociaux pour les Autochtones en milieu urbain*. Cahier ODENA n° 2009-04. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) y Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montreal.
- Cloutier Édith, Stéphane Laroche, Carole Lévesque y Maxime-Auguste Wawanoloath. 2018. *Mino Pimatizi8in*. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or y Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Val-d'Or.
- Commission canadienne des droits de la personne (CCDP). 2013. *Rapports sur les droits à l'égalité des Autochtones*. Ottawa : Commission canadienne des droits de la personne.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). 2007. *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017*. Wendake, CSSSPNQL.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). 2014. *Plan stratégique 2014-2017*. Wendake, CSSSPNQL.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC). 2015. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Kingston and Montreal : McGill-Queen's University Press.
- Commission royale sur les Peuples autochtones. (CRPA) 1996. *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones*. CRPA, Ottawa. <http://www.collectionscanada.gc.ca/...>
- Conseil canadien de la santé (CCS). 2012. *Empathie, dignité et respect : créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. CCS, Ottawa.

- Desbiens Caroline y Carole Lévesque. 2016. From Forced Relocation to Secure Belonging: Women Making Native Space in Quebec's Urban Areas, *Historical Geography* 44: 89-101.
- Desbiens Caroline, Carole Lévesque y Ioana Comat. 2016. « Inventing New Places ». Urban Aboriginal Visibility and the Reconstruction of Civil Society in Quebec, *City and Society* 28(1) : 74-98. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ciso.12074/full>
- Dion J., J. Hains, A., Ross y D. Collin-Vézina. 2016. Pensionnats autochtones: impact intergénérationnel, *Enfances Familles Générations* (25).
- Graham Holly y Lynnette Leeseberg Stamler. 2010. Contemporary Perceptions of Health from an Indigenous (Plains Cree) Perspective. *Journal de la santé autochtone*, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), Enero : 6-17.
- Greenwood M., S. de Leeuw, N. M. Lindsay y C. Reading. 2015. *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada. Beyond the Social*. Toronto : Canadian Scholars' Press.
- GRH Recherche/Évaluation. 2011. *Évaluation du projet FTAS Adaptation au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or*. Quebec.
- Kelly Miranda D. 2011. Toward a New Era of Policy: Health Care Service Delivery to First Nations, *The International Indigenous Policy Journal* 2(1), 14 p.
- Kermoal Nathalie y Carole Lévesque. 2010. Repenser le rapport à la ville : pour une histoire autochtone de l'urbanité, *Nouvelles pratiques sociales* 23(1): 67-82.
- Lainé Amélie y Mathieu-Joffre Lainé. 2011. La clinique Minowé : un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les autochtones de la Vallée-de-l'Or », in A. Maire et M. Fay (dir.), *Le bien-être et la santé autochtones*: 87-93. Les Cahiers du CIÉRA no.8, Université Laval, Quebec.
- Lavoie Josée G. 2013. Policy Silences: Why Canada Needs a National First Nations, Inuit and Métis Health Policy. *International Journal of Circumpolar Health*, 72: 10.3402/ijch.v72i0.22690. En línea: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3875351/>
- Lévesque Carole y Édith Cloutier. 2011. Une société civile autochtone au Quebec, in C. Lévesque, N. Kermoal y D. Salée (dir.), *L'activisme autochtone : hier et aujourd'hui* : 16-19. Cahier DIALOG n° 2011-01. Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones DIALOG y Institut national de la recherche scientifique (INRS), Montreal.
- Lévesque Carole y Édith Cloutier. 2013. Les Premiers Peuples dans l'espace urbain au Quebec : trajectoires plurielles, in A. Beaulieu, S. Gervais y M. Papillon (dir.), *Les Autochtones et le Québec. Des premiers contacts au Plan Nord* : 281-296. Montreal : Presses de l'Université de Montréal.
- Lévesque Carole, Édith Cloutier, Tanya Sirois, Rolando Labrana y Ioana Radu. 2015. Récit d'une relation fructueuse entre des leaders autochtones, des intervenants et des chercheurs engagés dans une démarche de coproduction des connaissances : la création, la mise en œuvre et les réalisations de l'Alliance de recherche ODENA, in S. Basile, K. Gentelet (bajo la dirección de) : *Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone : éthique, respect, réciprocité, collaboration et culture*. Assemblée des Premières Nations du Quebec et du Labrador.
- Lévesque Carole, Martin Gagnon, Caroline Desbiens, Philippe Apparicio, Édith Cloutier y Tanya Sirois. 2018a. *Profil démographique de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes du Quebec, 2001-2016*. Cahier ODENA n° 2018-01. Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG), Regroupement des centres d'amitié autochtones du Quebec e Institut national de la recherche scientifique (INRS), Montreal.
- Lévesque Carole, Ioana Radu y Nathalie Tran. 2018b. *Organisation des services de santé au Canada et au Quebec*. Revista de literatura entregada en el marco de la Commission d'enquête sur les relations entre Autochtones et certains services publics. Institut national de la recherche scientifique, Montreal.

- Lévesque Carole, Édith Cloutier, Ioana Radu, Stéphane Laroche, Dominique Parent y Natasha Blanchet-Cohen. 2019. *Taking action to improve Indigenous health in the cities of Quebec and elsewhere in Canada: the example of the Minowé Clinic at the Val-d'Or Native Friendship Centre*, in I. Vojnovic, A.L. Pearson, G. Asiki, G. DeVerteuil y A. Allen (eds) : Handbook of Global Urban Health : 347-362. New York & London: Routledge.
- Lévesque Carole. 2003. La présence des Autochtones dans les villes du Quebec : mouvements pluriels, enjeux diversifiés, in David Newhouse y Evelyn J. Peters (dir.), *Des gens d'ici : les Autochtones en milieu urbain*: 25-37. Ottawa: Projet de recherche sur les politiques. <http://publications.gc.ca...>,
- Lévesque Carole. 2015. Promouvoir la sécurisation culturelle pour améliorer la qualité de vie et les conditions de santé de la population autochtone, *Revue Droits et Libertés* (numéro especial Décolonisation et droits des peuples autochtones) 34 (2) : 16-19.
- Lévesque Carole. 2016a. *La présence autochtone dans les villes du Quebec: actions, tendances et enjeux*. Cahier ODENA n° 2016-01. Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG), Regroupement des centres d'amitié autochtones du Quebec (RCAAQ) y Institut national de la recherche scientifique (INRS), Montreal.
- Lévesque Carole. 2016b. La Commission royale sur les peuples autochtones : les premiers pas d'une réconciliation annoncée, in *L'état du Quebec 2017* : 159-164. Montreal : Institut du Nouveau-Monde y Del Busso.
- Macdonald David y Daniel Wilson. 2013. Poverty or Prosperity. *Indigenous Children in Canada*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives and Save the Children Canada.
- Martin Thibault y Eric Diotte. 2010. Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain: l'autonomie gouvernementale, une condition de la redéfinition d'un partenariat équitable entre l'État et les Autochtones, in J. P. White y J. Bruhn (dir.), *Aboriginal Policy Research. Exploring the Urban Landscape*: 107-131. Ottawa: Institute On Governance / Institut sur la gouvernance.
- Milloy John. 2008. *Indian Act Colonialism: A Century of Dishonour, 1869-1969*. Research paper for the National Centre for First Nations Governance.
- Mitchell Michael Kanentakeron. 2006. *The Haudenosaunee Code of Behaviour for Traditional Medicine Healers*. Report submitted to the National Aboriginal Health Organization.
- Naciones Unidas (UN). 2007. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Sexagésimo primer periodo, A/RES/61/295, Asamblea general el 13 de septiembre 2007. <https://undocs.org/fr/A/RES/61/295>
- Newhouse David. 2008. Economic and Social Development Issues, in *Emerging Realities of Métis, Non-Status and Urban Aboriginal Populations: Building a New Policy Research Agenda*. Report on Colloquium, Carleton University, Ottawa.
- Newhouse David y Evelyn J. Peters. 2003. Introduction, in D. Newhouse et E. J. Peters (dir.). *Des gens d'ici : les Autochtones en milieu urbain* : 7-17. Ottawa: Projet de recherche sur les politiques. <http://publications.gc.ca...>,
- Nursing Council of New Zealand (NCNZ). 2011. *Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice*. Wellington, Nursing Council of New Zealand.
- Ouellette André y Édith Cloutier. 2010. *Vers un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones de la Vallée-de-l'Or : La Clinique MINOWÉ, une ressource intégrée au réseau local de la Vallée-de-l'Or*. Una iniciativa colectiva del Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-l'Or, del Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue y del Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.
- Peters Evelyn J. (dir.). 2011. *Urban Aboriginal Policy Making in Canadian Municipalities*. Kingston and Montreal : McGill-Queen's University Press.

- Peters Evelyn J. y Chris Andersen (dir.). 2013. *Indigenous in the City. Contemporary Identities and Cultural Innovation*. Vancouver : UBC Press.
- Ramsden Irihapeti. 2002. Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Wai- pounamu. Ph.D. Thesis (Nursing), University of Wellington, Victoria.
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). 2012. *Mino Madji8in – Innovation et développement en économie sociale autochtone*. RCAAQ, Wendake.
- Spear, Wayne K. 2014. Full Circle. *The Aboriginal healing Foundation & the unfinished work of hope, healing & reconciliation*. Aboriginal Healing Foundation, Ottawa.
- Statistique Canada. 2016. *Données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011*. <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.cfm#a6>
- UNICEF. 2009. *La santé des enfants autochtones : pour tous les enfants sans exception*. Comité canadien de l'UNICEF, Toronto.
- NACIONES UNIDAS (UN). 2013. *United Nations Special Rapporteur on the rights of indigenous peoples, James Anaya, Statement upon conclusion of the visit to Canada*. UN, Genève.
- Wepa Dianne 2005. *Cultural Safety in Aotearoa New Zealand*. Auckland: Pearson Education New Zealand.







**odena**

ARUC-CURA

Les Autochtones et la ville au Québec :  
identité, mobilité, qualité de vie et gouvernance



REGROUPEMENT  
DES CENTRES D'AMITIÉ  
AUTOCHTONES DU QUÉBEC