

Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa

Intercultural Health from the Perspective of the Mapuche Communities of Cañete and Tirúa

Saúde intercultural desde a visão das comunidades mapuche de Cañete e Tirúa

Camila Pérez, MSc^{1*}

Denisse Sepúlveda, PhD²

Félix Cova, PhD²

Gabriela Nazar, PhD²

Recibido: 20 de febrero de 2019 - **Aceptado:** 19 de octubre de 2019.

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8778>

Para citar este artículo: Pérez C, Sepúlveda D, Cova F, Nazar G. Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa. Rev. Cienc. Salud. 2020; 18 (1):152-168. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8778>

Resumen

Introducción: a más de dos décadas de la introducción del concepto de *salud intercultural* en América Latina, su definición no está clara, pues ha adquirido diferentes significados dependiendo de su uso. Existen tensiones entre la tendencia a reducir la salud intercultural a la conciliación entre la biomedicina y la medicina indígena, y una perspectiva crítica que hace visible las inequidades entre ambas. Este estudio tuvo por objetivo comprender el concepto de salud intercultural, desde la visión de dos comunidades mapuche que han implementado programas de salud intercultural y que mantienen acciones de reivindicación de derechos indígenas. **Desarrollo:** se realizó un estudio cualitativo. Los datos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas a usuarios mapuche, profesionales de salud, facilitadores interculturales e informantes clave de las comunas de Cañete y Tirúa. Esta información se analizó mediante un análisis temático. Los hallazgos acerca de la visión de la salud intercultural se agruparon en cuatro temas: atender las necesidades de salud más urgentes de la comunidad; respetar al usuario y su cultura; respetar el sistema de salud indígena; y respetar los derechos colectivos del pueblo mapuche. **Conclusiones:** la salud intercultural se considera un enfoque que debe asegurar la atención de calidad, la participación de la comunidad y el respeto a la salud tradicional. En esta, los derechos de los pueblos indígenas son la piedra angular. En un contexto marcado por la inequidad y la discriminación hacia los pueblos indígenas, la complementariedad entre sistemas médicos no es un tema prioritario.

Palabras clave: asistencia sanitaria culturalmente competente; población indígena; derechos de los pueblos indígenas; política de salud.

¹ Programa de Psicología, Universidad de Concepción (Chile).

* Autora de correspondencia: camilaaleperez@gmail.com

² University of Applied Sciences and Arts, Western Switzerland (HES-so) (Suiza).

Abstract

Introduction: More than two decades after the introduction of the concept *intercultural health* in Latin America, its definition is not clear, as it has acquired different meanings depending on its use. There are tensions between the tendency to reduce intercultural health to the conciliation between biomedicine and indigenous medicine, and a critical perspective that makes visible the inequalities between the two. The aim of this study was to understand the concept of intercultural health from the perspective of two Mapuche communities that have implemented intercultural health programs that maintain actions to claim indigenous rights. *Content:* This is a qualitative study. The data were collected through semi-structured interviews with Mapuche users, health professionals, intercultural facilitators, and key informants in the cities of Cañete and Tirúa. This information was analyzed through thematic analysis. The findings on the vision of intercultural health were grouped into four themes: addressing the most urgent health needs of the community, respecting the user and their culture, respecting the indigenous health system, and respecting the collective rights of the Mapuche people. *Conclusions:* Intercultural health is seen as an approach that must ensure quality care, community participation, and respect for traditional health, in which the rights of indigenous peoples are the cornerstone. In a context marked by inequality and discrimination against indigenous peoples, complementarity between medical systems is not a priority issue.

Keywords: Culturally competent health care; indigenous population; indigenous peoples' rights; health policy.

Resumo

Introdução: depois de mais de duas décadas da introdução do conceito de *saúde intercultural* na América Latina, sua definição não está clara, pois têm adquirido diferentes significados dependendo de seu uso. Existem tensões entre a tendência a reduzir a saúde intercultural à conciliação entre a biomedicina e a medicina indígena, e uma perspectiva crítica que faz visível as inquietudes entre ambas as duas. Este estudo teve por objetivo compreender o conceito de saúde intercultural, desde a visão de duas comunidades mapuche que têm implementado programas de saúde intercultural e que mantêm ações de reivindicação de direitos indígenas. *Desenvolvimento:* se realizou um estudo qualitativo. Os dados se recolheram através de entrevistas semiestruturadas a usuários mapuche, profissionais de saúde, facilitadores interculturais e informantes chave das comunas de Cañete e Tirúa. Esta informação foi analisada através de análise temática. Os resultados acerca da visão da saúde intercultural agruparam-se em quatro temas: atender as necessidades de saúde mais urgentes da comunidade, respeitar ao usuário e sua cultura, respeitar o sistema de saúde indígena e respeitar os direitos coletivos do povo mapuche. *Conclusões:* a saúde intercultural é vista como um enfoque que deve assegurar a atenção de qualidade, a participação da comunidade e o respeito à saúde tradicional, onde os direitos dos povos indígenas são a pedra angular. Em um contexto marcado pela inequidade e a discriminação para os povos indígenas, a complementariedade entre sistemas médicos não é um tema prioritário.

Palavras-chave: assistência sanitária culturalmente competente; população indígena; direitos dos povos indígenas; política de saúde.

Introducción

La salud de los pueblos indígenas ha sido definida por la institucionalidad como una de las prioridades de la política sanitaria en América Latina (1). Esta línea de trabajo es parte

del desafío de mejorar la situación general de vida de los pueblos indígenas, marcada por desigualdades en áreas como los derechos humanos, el desarrollo socioeconómico y la valoración de sus expresiones culturales (2, 3).

La iniciativa de salud de los pueblos indígenas, impulsada por la Organización Panamericana de Salud (OPS), ha dado lugar a un enfoque intercultural de salud, orientado por principios de atención integral, autodeterminación de los pueblos, derecho a la participación, revitalización cultural y reciprocidad de las relaciones (4, 5).

A más de dos décadas del origen de esta iniciativa, numerosos países han implementado medidas locales para promover la salud de los pueblos indígenas. Una de las mayores contribuciones de dichas experiencias ha sido posicionar las problemáticas indígenas dentro del sector salud. Las materias pendientes guardan relación con la falta de claridad sobre el significado de la salud intercultural y de lineamientos para llevar a la práctica sus principios orientadores (6, 7).

El concepto de salud intercultural fue introducido en América Latina durante la década de 1990. Dependiendo de su uso, dicho concepto ha adquirido diferentes significados, lo que ha impedido definirlo de forma clara. La definición oficial hace referencia a la relación entre las medicinas indígenas y la biomedicina, con énfasis en el respeto y la cooperación que debería caracterizar dicha relación. Sin embargo, esta definición alude a un ideal que no da cuenta de la hegemonía biomédica y de las relaciones coloniales que marcan la salud intercultural en la práctica (8).

De igual forma, la definición ideal de salud intercultural soslaya el pluralismo médico que caracteriza a los pueblos indígenas, lo que otorga primacía al papel de la biomedicina (8, 9). La biomedicina, en sí misma, plantea problemas de entrada para el establecimiento de la interculturalidad, pues se trata de un sistema que opera para mantenerse separado del resto de los conocimientos médicos (10); que subordina la dimensión psicológica y social de la atención al plano biológico (9); y que se expande como una forma de control de la salud por medio de la medicalización de la vida (11).

En el caso de Chile, la salud intercultural fue institucionalizada por el Ministerio de Salud, organismo que implementa el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas desde el año 1996. Este se orienta a dar pertinencia cultural a la atención médica y a lograr la complementariedad entre sistemas de salud, mediante la elaboración de orientaciones técnicas y políticas para todo el país, como herramienta fundamental para superar las brechas de equidad que afectan la situación de salud de los pueblos indígenas (12).

En ese contexto, se formularon diversos lineamientos y orientaciones técnicas, que dieron lugar a la Política de Salud y Pueblos Indígenas, elaborada por el Ministerio de Salud de Chile entre los años 2003 y 2006, con participación de representantes de los pueblos originarios. Su objetivo central fue descrito como “la construcción de un modelo de salud intercultural, bajo los principios de equidad y participación” (13-15).

En tales documentos, el enfoque de salud intercultural se ha presentado como un ideal de encuentro y complementariedad entre sistemas de salud, cuyo propósito es reconocer la diversidad cultural del país y superar la brecha de salud que sitúa a los pueblos originarios en una situación de desventaja frente al resto de la población (16).

Dentro de los destinatarios de esta política, se encuentran los nueve pueblos indígenas que el estado chileno reconoce actualmente. De acuerdo con el Censo del 2017, el 12.8% de la población chilena se identifica como indígena (17). Esta investigación se enfoca en el caso del pueblo mapuche, que representa el 79.8% del total de la población que se declara perteneciente a algún pueblo indígena (17).

De acuerdo con la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del año 2017, el 30% de personas indígenas viven bajo condiciones de pobreza en comparación con un 19.9% de personas no indígenas. Asimismo, los ingresos de personas indígenas son aproximadamente 370 000 pesos, 143 000 pesos más bajo del promedio de ingresos de personas no indígenas. Adicionalmente, el porcentaje de mapuches que termina la educación universitaria es menos que el tercio de la proporción de personas no indígenas en la misma situación (18).

Por medio de la creación de la Ley indígena 19253 y la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), en 1993, el Estado intentó reconocer e integrar a los pueblos indígenas en Chile al declararlos como descendientes legítimos de las primeras agrupaciones que habitaron en el país y al inyectar recursos monetarios, con el fin de regularizar derechos de tierras y aguas, así como financiar proyectos de desarrollo (19).

En términos de relaciones interculturales, se ha señalado que la sociedad chilena funciona de manera contradictoria (20). Por una parte, existe un discurso de tolerancia, en el que se intenta integrar a las personas indígenas en la sociedad chilena y, por otra parte, la discriminación y las desigualdades operan en el contexto de las prácticas y discursos diarios. En términos de las relaciones cotidianas, la actitud dominante se caracteriza por ser distante, sospechosa y prejuiciosa, especialmente, con las personas mapuche, a quienes el Estado nacional estigmatiza como un pueblo terrorista (21).

Asimismo, el gobierno chileno ha otorgado un reconocimiento ambiguo a los pueblos indígenas, lo que deja fuera ciertas demandas y soslaya el camino hacia la autonomía, perpetuando una relación en la que la nación chilena define, de forma unilateral, las reglas (22).

En la actualidad, en la región de las Américas, Chile se destaca por su lentitud en el reconocimiento de los derechos indígenas y por su tendencia a resguardar los intereses de empresas privadas dedicadas a la extracción de recursos naturales en territorio ancestral (22). En este sentido, se ha señalado que Chile ha construido una política indígena basada en un multiculturalismo neoliberal, que promueve la incorporación de los pueblos originarios al proyecto de desarrollo y que valora la diversidad, pero que desatiende las demandas por derechos colectivos y transformaciones estructurales (14, 23).

El pueblo mapuche es el pueblo indígena más numeroso de Chile y detenta un rol protagónico dentro de la relación entre el Estado y los pueblos originarios (17). Cuenta con una cosmovisión de salud propia, basada en una mirada holística del bienestar, y sanadores tradicionales tales como hierbateras, parteras y componedores de huesos. Su principal figura espiritual corresponde a la machi o al chamán, quien posee el don de restablecer el bienestar individual y comunitario (24).

Desde la perspectiva mapuche, los factores biológicos, psicológicos y espirituales son componentes interconectados de la salud, vista como un todo. A la vez, la buena salud, o *küme mongen*, se sustenta en el equilibrio de todas las dimensiones de la vida, incluyendo la dimensión ambiental, política, cultural e histórica. En consecuencia, el desequilibrio en cualquiera de estos ámbitos puede generar enfermedad física o espiritual (24, 25).

Respecto a los indicadores de salud de la población mapuche, la situación es preocupante. Según el Ministerio de Salud de Chile, el pueblo mapuche presenta un perfil de morbi-mortalidad distinto al de la población no indígena, encontrándose en una etapa de transición epidemiológica, en la que coexisten enfermedades asociadas a la modernidad y otras propias del subdesarrollo. Los perfiles obtenidos hasta la fecha indican sobremortalidad general, junto con alarmantes tasas de mortalidad infantil y una elevada prevalencia de tuberculosis (26-28).

En concordancia con la visión holística de la salud y la importancia del equilibrio en todas las esferas de la vida, la situación sanitaria del pueblo mapuche estaría vinculada a hechos históricos. En 1861, el estado Chile inició una campaña militar para integrar al orden nacional al pueblo mapuche de forma forzada, lo que trajo consigo la pauperización de sus condiciones de vida, aparejada a epidemias de cólera, viruela y tifus, que dieron lugar a desventajas estructurales frente a la población no indígena (25).

En esta línea, este estudio se sitúa dentro de la perspectiva crítica de la interculturalidad en salud, en la que se reconoce la asimetría entre los grupos en cuestión (pueblo mapuche, biomedicina y Estado) y se ponen de relieve los factores sociales e históricos que han perpetuado la inequidad y las diferencias de poder (29). El propósito central es conocer la visión de usuarios mapuche, prestadores de salud e informantes clave sobre la salud intercultural. Con ello, se pretende lograr una aproximación al significado que adquiere la salud intercultural en la práctica, a partir de la experiencia de determinadas comunidades mapuche en las que se ha implementado el enfoque intercultural de salud por un periodo prolongado y que mantienen una lucha activa por sus derechos. En la siguiente sección del artículo, se presentan los lineamientos metodológicos que guiaron el estudio, los principales resultados y su respectiva discusión teórica.

Desarrollo

La pregunta de investigación que guió este estudio fue: ¿cuál es la visión respecto a la salud intercultural de usuarios mapuche, prestadores de salud y facilitadores interculturales de las comunas de Cañete y Tirúa? Para dar respuesta, se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, en coherencia con el propósito de comprender los significados que son creados en torno a un fenómeno, desde la visión de los individuos (30).

Este enfoque es útil para explorar las experiencias de las personas que constituyen minorías desfavorecidas, como el pueblo mapuche, pues permite dar voz a quienes han sido ignorados, tergiversados o reprimidos en el pasado (31). Los datos fueron recolectados entre los años 2014 y 2015, en las comunas chilenas de Cañete y de Tirúa, provincia de Arauco, región del Biobío. Se escogieron estas localidades por contar con alta proporción de población mapuche, programas de salud intercultural de larga data y por albergar comunidades que se mantienen activas en la reivindicación de derechos indígenas hasta hoy.

La provincia de Arauco alberga la mayor proporción de población mapuche-lafkenche del país. Según proyecciones poblacionales 2013-2020, Cañete y Tirúa contarían con un 19% y un 48% de población mapuche, respectivamente. En cuanto a las condiciones de vida, los ingresos autónomos de la población se encuentran bajo el promedio regional y nacional, lo que va de la mano con índices de pobreza que superan dichos promedios. Asimismo, la situación es preocupante en términos de condiciones de habitabilidad y conectividad, esto último, tanto por la mala calidad de los caminos como por la baja cobertura de telefonía e Internet (32). Respecto a la situación de la población mapuche residente en la provincia de Arauco, desde el año 2010 se cuenta con un perfil epidemiológico realizado a partir de bases de datos de morbilidad para los trienios 2001-2003 y 2004-2006, cuyos resultados son concordantes con la situación general de salud de los pueblos originarios.

En el periodo analizado, se observa que las tasas de mortalidad en esta provincia son más altas para la población mapuche que para la población no mapuche, con un riesgo de morir en un 50% mayor en el primer trienio y un 80% más alto en el segundo. Una situación similar se observa entre los niños, quienes presentan un riesgo de morir considerablemente mayor que los niños no mapuches en ambos periodos (28).

Respecto a las causas de mortalidad en la provincia de Arauco, si bien se ha registrado un patrón similar al patrón nacional, se observa, en el caso de los mapuches, un riesgo dos veces mayor a morir por causa de traumatismo, accidente o situación violenta en el primer trienio (2001-2003). Una diferencia que alcanzó el 160% en el trienio 2004-2006, lo que sería producto de la falta de acceso a atención en salud expedita y oportuna (28).

En cuanto a los participantes de este estudio, se incluyeron a diez usuarios, todos ellos de origen mapuche, con residencia en Tirúa o Cañete, y que asisten de forma regular a los respectivos centros de salud. Participaron, además, quince técnicos y profesionales de la salud

del área de obstetricia, medicina, psicología, kinesiología, tecnología médica y enfermería, con permanencia laboral mínima de un año en los centros de salud locales. Asimismo, se entrevistaron dos facilitadores interculturales. El facilitador intercultural es un miembro del pueblo mapuche que trabaja en los centros sanitarios, y que da orientaciones culturales al equipo de salud y que gestiona las necesidades específicas de los usuarios mapuche. Finalmente, se entrevistó a cinco informantes clave de amplia trayectoria, entre los cuales se incluyeron expertos mapuche en la materia, autoridades ancestrales y encargados del programa de salud intercultural a nivel comunal, provincial y regional. Se provee una caracterización de los informantes clave en la tabla 1.

Tabla 1. Informantes clave.

Nro.	Edad	Cargo	Tiempo en el cargo
1	34 años	Asesor de salud intercultural en la Oficina Provincial de Salud	12 años
2	38 años	Encargada regional del programa de Salud y Pueblos Indígenas	11 años
3	52 años	Directora del Archivo de Arte y Cultura Mapuche	13 años
4	56 años	Asesor de salud del Consejo de Lonkos Provincia de Arauco	4 años
5	36 años	Coordinadora de salud intercultural hospitalaria. Provincia de Arauco	3 años

Se realizó un muestreo de tipo intencionado, en línea con el interés de reflejar la visión de un grupo particular de la sociedad (33). La muestra total fue de 32 participantes, correspondientes a 11 hombres y 21 mujeres, de entre los 29 y 70 años de edad. Todos ellos se incluyeron en el estudio tras la firma de una carta de consentimiento informado. Sus identidades se protegieron mediante la asignación de un código y de un nombre ficticio para cada uno de los participantes, destinado a proteger sus datos personales. Asimismo, los cargos ocupados por los informantes clave fueron descritos de manera general, con el fin de proteger sus identidades. La confidencialidad de la información se cauteló en cada etapa del proceso investigativo. Este estudio se aprobó por el Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción.

Resultados

La visión sobre la salud intercultural en las comunas de Tirúa y Cañete se articuló en torno a cuatro temas: respuesta a las necesidades de salud más urgentes; respeto hacia los usuarios y su cultura; respeto hacia las normas del sistema de salud indígena; y respeto hacia los derechos del pueblo mapuche. El análisis no contó con categorías preestablecidas. Estos resultados corresponden a temas emergentes, que se configuraron por análisis temático y saturación de los testimonios analizados (34). Se trata de hallazgos que desafían la noción

habitual de respeto, asociada a la idea de tolerancia, al apelar a la legitimación de los pueblos indígenas y de sus derechos.

Respuesta a las necesidades de salud más urgentes

Los usuarios expresaron un amplio acuerdo respecto a que la salud intercultural, a través de sus programas, es un modelo que debe dar respuesta a las necesidades de salud más urgentes de la comunidad. En este sentido, si bien la incorporación de la salud tradicional es importante, una atención biomédica más asequible y oportuna aparece como un tema prioritario para atender a los requerimientos de la población:

Pero yo, como usuaria, así a simple vista, yo preferiría, no sé por qué, o sea, hoy en día tú necesitas más especialistas y tantas cosas nuevas, la tecnología, teniendo un hospital tan grande, están las maquinarias, están algunas cosas, y nos faltan médicos, nos faltan especialistas, en vez de una machi. (Usuaría, 40 años, Tirúa)

Respeto hacia los usuarios y su cultura

Para una gran parte de los prestadores de servicios biomédicos, la salud intercultural se traduce en una actitud de respeto, empatía y acogida, así como en la capacidad de establecer una relación de confianza con usuarios y sanadores tradicionales:

(...) uno tiene que tener una cierta disposición, una cierta empatía y una cierta sensibilidad para comprender la cosmovisión mapuche y esta problemática. Cuando uno no tiene esa disposición, esa empatía, cuando uno no valora lo que significa el mirar al otro a los ojos, es difícil poder dar una buena atención, desde el punto de vista de la relación que tu estableces con la persona. (Médico, 34 años, Tirúa)

Este mismo grupo señala que el respeto se extiende a validar la consulta con sanadores ancestrales como parte del itinerario terapéutico de los usuarios, y que el equipo técnico profesional erradique las sanciones hacia aquellos usuarios que buscan alivio en el sistema de salud indígena:

(...) ellos van donde su tradicional médico mapuche, entonces nosotros, de esa manera, si después llega el paciente acá, la idea es no retarlo porque fue primero donde el compenedor, sino que más bien trabajar en esta alianza que se está creando y complementarlo, esa dolencia, con la forma alternativa de terapia. (Kinesióloga, 26 años, Cañete)

Respeto hacia la cosmovisión del sistema de salud mapuche

Tanto los usuarios como los prestadores de servicios biomédicos consideran que la salud intercultural se refiere también a respetar las normas propias del sistema de salud mapuche, con énfasis en respetar su visión holística de la salud:

“La buena atención quiere decir que el tema de salud no tiene que ver con un medicamento, sino que un trato de salud es ver a la persona como tal, como persona, y que muchas veces la salud es una cosa integral, no tiene que ver solamente con la persona, sino que la salud tiene que ver con la salud familiar y con el entorno social”. (Usuario, 37 años, Cañete)

Por otra parte, todos los entrevistados señalan que, en un sistema de salud intercultural, los sanadores ancestrales deberían desarrollar las actividades de atención médica dentro de su comunidad, tal como lo prescribe el sistema mapuche de salud. Por lo tanto, la práctica actual de llevar a los sanadores ancestrales a los centros de salud no sería correcta: “A mí no me parece, por ejemplo, que las machis atiendan en los hospitales, porque no es su lugar de trabajo, no es su lugar de energía, no corresponde”. (Usuaría, 40 años, Cañete)

Respeto hacia los derechos del pueblo mapuche

Desde la mirada de los usuarios, una dimensión fundamental de la salud intercultural corresponde a los derechos del pueblo mapuche. En este sentido, demuestran conocer las normativas internacionales que sitúan la atención de calidad y el trato respetuoso en los centros de salud como un derecho de los pueblos indígenas: “En el hospital se piensa que lo que nosotros estamos exigiendo es una cuestión antojadiza y es una lesera. Pero esto es un derecho, hay convenciones internacionales que se deben respetar” (Usuaría, 29 años, Cañete).

En este sentido, los usuarios también plantean que la salud intercultural va más allá de una actitud empática y de incorporar ciertas expresiones culturales mapuche. Señalan que, de acuerdo a la normativa internacional, la salud intercultural es inseparable del derecho a participar en la toma de decisiones respecto a aquellos asuntos que les afectan. Sin embargo, en la actualidad, el derecho a la participación y a la coadministración de los centros de salud no se respetaría:

Se le pidió al servicio de salud que cuando hicieron ese tema de que querían que fuera intercultural, lo pensarán bien, lo analizarán bien antes de declararlo intercultural, porque eso implica que la interculturalidad tiene que ver con la paridad y la igualdad de derechos, y la coadministración con los pueblos originarios, y no, no hicieron caso. Para ellos interculturalidad es traer una machi e inaugurar el hospital, tener facilitadores y poner letreros en mapudungún, eso es la interculturalidad para ellos. (usuaría, 30 años, Cañete)

En concordancia con los usuarios, facilitadores interculturales y algunos prestadores biomédicos enfatizan que la salud intercultural debe incluir espacios de diálogo permanente con la comunidad, en que los usuarios puedan ejercer su derecho a la participación. No obstante, tales espacios no estarían disponibles en la actualidad: “la principal actividad, yo diría, es formar una mesa de participación permanente, con representantes de comunidades, repre-

sentantes políticos, dirigentes, y también autoridades ancestrales, principalmente lonkos y machi, cuando la situación lo requiere, principalmente lonkos, o los kimche” (enfermera, 41 años, Tirúa).

Por otra parte, tanto los informantes clave como los facilitadores interculturales refieren que el enfoque de salud intercultural está ligado a derechos de los usuarios, tales como la atención respetuosa hacia los usuarios mapuche y su sistema de salud, y que su implementación es parte de las obligaciones del equipo profesional. Sin embargo, la incorporación de dicho enfoque es vista como un acto de buena voluntad por parte de algunos profesionales, lo que genera tensiones entre el planteamiento del enfoque y su puesta en práctica. En esta línea, tanto profesionales como técnicos deberían desempeñar su trabajo de acuerdo a los tratados, y asumir la atención de calidad como un derecho de los pueblos indígenas:

Yo creo que tenemos que generar un quiebre rotundo y comenzar con ser más estrictos en el cumplimiento de las normativas, de llevar a la práctica las normativas tal y como están, las leyes, llevar a cabo el Convenio 169 y que la autoridad local, por ejemplo, acá en el hospital, se la crea, que adquiera conocimiento y que le diga a sus médicos: “Oye mira, acá tú estás obligado, esta es una ley, es parte de tu trabajo” (informante clave, tecnólogo médico, 42 años).

Desde una mirada macro, los usuarios consideran que la salud intercultural está profundamente imbricada con la situación política actual del pueblo mapuche. Específicamente, estiman que el reconocimiento del sistema de salud mapuche iría de la mano con el reconocimiento de los derechos integrales del pueblo mapuche y, especialmente, con la legitimación de la demanda de recuperación de territorio ancestral:

(...) o sea nosotros potenciar para que se logre es el tema del reconocimiento del pueblo mapuche, nosotros como salud deberíamos, porque si hay un reconocimiento como pueblo avanzamos en hartas cosas, avanzamos en la salud, la demanda de la tierra que igual es una demanda sentida por las comunidades. (usuaria, 51 años, Tirúa)

Discusión

Los hallazgos reflejan la visión sobre la salud intercultural de quienes han protagonizado la implementación de la política pública en el contexto mapuche: los usuarios mapuches, el equipo de salud, los facilitadores interculturales y los expertos en el área.

Para los participantes, la salud intercultural está asociada a las necesidades más sentidas de la comunidad, como lo son el aseguramiento de un mayor acceso a prestaciones biomédicas, el respeto al usuario y al sistema de salud indígena, junto con una concepción de salud vinculada a los derechos y a la situación sociopolítica del pueblo mapuche.

La noción de salud entendida como derecho, con énfasis en el derecho a la participación, emerge como un punto central en el discurso de los entrevistados y es el hilo conductor que articula su visión torno a la salud intercultural.

Precisamente, el derecho internacional ha contribuido a situar la salud de los pueblos indígenas como un derecho, cuyo aseguramiento es inherente al ejercicio de otros derechos consagrados en la Carta Internacional, tales como el derecho a la vivienda, la educación, la dignidad humana, la no discriminación y la igualdad (35). Sin embargo, el reconocimiento de los derechos indígenas no es suficiente para derribar las barreras de la desigualdad y de las jerarquías sociales que afectan a las poblaciones originarias (36, 37).

En el caso de Chile, este fue el primer país de la región donde se instauró el neoliberalismo y el último en adoptar el enfoque multicultural. La implementación de este último se ha circunscrito, principalmente, a ensalzar tradiciones y prácticas ancestrales en espacios institucionales en los que se declara reconocer y valorar la diversidad, pero siempre dentro de un escenario neoliberal (36, 37, 38). Así, la versión chilena del multiculturalismo ha sido caracterizada como el desarrollo de políticas de reconocimiento de la diferencia étnica, subordinadas a los intereses nacionales, en los que la restitución de la equidad para los pueblos indígenas queda en un segundo plano (23, 39). La cuestión mapuche, incluso, se aborda como un tema de pobreza antes que étnico, a través de políticas asistenciales y paliativas, en las que las demandas indígenas se atienden mientras no representen una amenaza al desarrollo y a la identidad nacional (40).

Estos resultados reflejan similitudes entre la experiencia mapuche y lo que ha sucedido con los planes de salud intercultural, aplicados en el contexto boliviano, de los que se ha indicado que están completamente desvinculados de las condiciones socioeconómicas y epidemiológicas de las comunidades indígenas. También se ha mencionado que su impacto es nulo en lo que respecta a las condiciones de vida de estos pueblos (41).

Precisamente, una de las falencias de la oferta pública ha sido reducir la problemática de salud de los pueblos indígenas a la reconciliación entre la medicina tradicional y la biomedicina (42). Sin embargo, la experiencia ha señalado que el diseño de mejores respuestas a las necesidades de salud del pueblo mapuche requiere ir más allá del ámbito sanitario. La validación del sistema de salud indígena estaría asociado al reconocimiento pleno de derechos del pueblo mapuche y, por lo tanto, implica una revisión no solo de la relación entre sistemas de salud, sino también de la situación política del pueblo mapuche, con foco en los conflictos que perpetúan la desigualdad en las distintas esferas de la vida de sus integrantes (43, 44).

Lo anterior permite comprender por qué la vinculación entre el derecho a la salud y la situación política del pueblo mapuche cobra tal relevancia en la visión de salud intercultural expresada por los entrevistados. En esta línea, la mayor grieta de la política indigenista chilena ha sido su orientación hacia la restitución de derechos individuales, en desmedro del abordaje de factores históricos que sustentan la inequidad colectiva (45).

Las problemáticas de salud de la población mapuche están profundamente imbricadas con situaciones de exclusión social y económica que les privan de un acceso a atención biomédica especializada, tecnología en salud e, incluso, condiciones básicas de saneamiento (27, 22). En este marco, resulta comprensible que los usuarios, si bien valoran la incorporación de elementos de la cultura mapuche en sus centros de salud, prefieran una política que priorice la cobertura de las necesidades biomédicas más urgentes, especialmente, en una provincia donde las elevadas tasas de mortalidad han sido asociadas a la falta de acceso y oportunidad a la atención médica (28).

Por otra parte, en coherencia con el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales, los participantes refieren el derecho a la participación como una dimensión fundamental de la salud intercultural, a la que, sin embargo, el Estado no ha dado respuesta (46).

El derecho a la participación se vincula también con la materialización de otra arista del significado de salud intercultural, como lo es el respeto a la cosmovisión de salud mapuche. La instauración de instancias de coadministración de las comunidades indígenas se ha señalado como una medida perentoria para superar la incorporación de prácticas de salud tradicional desvinculadas de su trasfondo espiritual y la domesticación del sistema de salud indígena por parte del Estado y la biomedicina (25, 47). En esta línea, la participación será efectiva cuando la comunidad cuente con las condiciones para participar, no solo de manera consultiva, sino también a nivel resolutivo (48).

En este sentido, el establecimiento de espacios de participación efectivos, junto con la legitimación de los indígenas como actores políticos, se considera una condición fundamental para avanzar hacia la maduración de las políticas de salud intercultural, que den respuesta a los principios orientadores de reciprocidad y de autonomía de los pueblos indígenas (13, 25).

La visión sobre salud intercultural también aparece asociada al respeto hacia los usuarios mapuche y su cultura, expresado tanto en reconocer a los usuarios mapuche como interlocutores válidos, con derecho a expresar su opinión y a tomar decisiones respecto del proceso de atención.

Un riesgo ligado a la noción de respeto es reducir la salud intercultural a la expectativa de tolerancia y armonía entre los usuarios y el equipo de salud (14, 25, 39). En este estudio, la idea de salud intercultural, entendida como actitud de respeto interpersonal y tolerancia por amplio consenso del grupo de profesionales de la biomedicina, parece una visión apegada a la definición ideal e ingenua de salud intercultural, con escasa reflexión sobre el contexto sociohistórico en el que la salud intercultural se implementa (16, 29).

Desde un enfoque de derechos, la interculturalidad requiere que los profesionales comprendan los procesos de colonización y su repercusión en las inequidades que afectan la salud de los pueblos indígenas (47). También requiere que se hagan conscientes de sus propias actitudes discriminatorias hacia las minorías étnicas (49).

Este estudio ha tenido por propósito conocer la visión de salud intercultural de dos comunidades mapuche, representadas por distintos actores involucrados en la implementación de la salud intercultural. El fin último ha sido aportar a la comprensión de este concepto, desde el contexto de un pueblo indígena que afronta condiciones de inequidad, estigma, lentitud en el reconocimiento de sus derechos y un conflicto político cuya contraparte es el Estado, en alianza con la empresa privada (13, 14, 21).

Estos hallazgos derivan de dos localidades mapuche que viven en medio de las condiciones antes mencionadas y que, hasta la actualidad, permanecen bajo vigilancia de personal policial instalado en los espacios públicos, enfrentando procesos de criminalización de sus líderes y violentos procedimientos policiales de manera periódica.

Los resultados obtenidos sintonizan con otros trabajos realizados en América Latina que, de manera sistemática, han planteado la impertinencia de una institucionalidad que insiste en promover el diálogo entre la biomedicina y la salud indígena, en un escenario en que lo que se requiere son respuestas efectivas a las necesidades sociales y de salud de los pueblos indígenas (13, 14, 16, 25, 39, 41, 42, 44). La contribución diferencial de este artículo es proveer una panorámica actualizada del modo en que la salud intercultural continúa configurándose en la práctica, a partir de la visión de quienes han sido los actores directamente implicados en su implementación: usuarios mapuche, profesionales de salud y asesores expertos. Un hallazgo interesante es que los usuarios mapuche han adquirido un conocimiento cada vez mayor acerca de sus derechos, planteando sus demandas a través de su propia voz, en un dominio de discusión que antes estaba reservado casi exclusivamente para los intelectuales en la materia. Se espera que las comunidades alcancen progresivamente un rol protagónico en la toma de decisiones, con el fin de impulsar medidas de salud que atiendan a sus verdaderas necesidades.

Conclusiones

La salud intercultural es un enfoque que debe asegurar la participación, la atención de calidad y el respeto hacia el sistema de salud mapuche, todo ello sobre la base del respeto a los derechos del pueblo mapuche. Asimismo, tal centralidad otorgada a los derechos resulta comprensible frente a condiciones de vida marcadas por la inequidad y la discriminación, en las que el aseguramiento de los derechos es una necesidad imperante, y la complementariedad entre los sistemas de atención pasa a un segundo plano.

Cabe destacar que esta visión de salud intercultural no emerge de manera homogénea, sino que refleja un contraste, en el que los prestadores de servicios biomédicos ven la salud intercultural desde una definición ideal, asociada al respeto entre las personas y los sistemas de salud, y los usuarios mapuche expresan una visión crítica, que denuncia las asimetrías de poder entre su pueblo y un eje formado por la biomedicina y el Estado.

Una limitación de este estudio es el carácter particular de sus resultados, propio de las metodologías cualitativas de investigación. Por lo tanto, su aplicabilidad estaría limitada a la experiencia de otros pueblos que, eventualmente, subsistan en un contexto similar al del pueblo mapuche y las comunidades que participaron en la investigación.

Se espera que futuros estudios contribuyan a conocer y analizar experiencias prácticas exitosas en la articulación de la salud intercultural con los derechos indígenas, con la finalidad de arrojar luz sobre cómo superar las limitaciones actuales del modelo de salud intercultural, ligadas a la hegemonía del sistema biomédico y a la relación de colonialismo entre el Estado y los pueblos indígenas, principalmente.

Contribución de los autores

Camila Pérez: formulación del problema de investigación, recolección de datos, análisis de datos y preparación del manuscrito. Denisse Sepúlveda: análisis de datos y preparación del manuscrito. Feliz Cova y Gabriela Bazar: formulación del problema de investigación, análisis de datos, preparación del manuscrito.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Evaluación de los logros en salud en el marco del decenio internacional de los pueblos indígenas del mundo [internet]. 2008 [citado 2018 ago 29]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/55-Salud%20de%20los%20Pueblos_2008.pdf
2. Díaz-Bermúdez X, Bueno F, Sánchez-Otero L, Auer AJ. Determinantes sociales de la salud y convergencias en agendas de salud de organismos regionales de América del Sur. *Rev Panam Salud Pública*. 2016;40(5):325-331.
3. Cardona-Arias, J, Hernández-Petro, A. Conocimientos, actitudes y prácticas de tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana. *Revista Ciencias de la Salud*. 2013;11(2):157-171.
4. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Informe de progreso Nro. 8 [internet]. 1998 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/15-Esp%20IND8.pdf>
5. Rojas R. Los desafíos en la formulación de políticas de salud e interculturalidad en el contexto actual de América Latina. Exposición presentada en: Seminario Taller Pueblos Indígenas de América Latina Políticas y Programas de Salud, ¿Cuánto y Cómo se ha Avanzado? [internet]. 2004 Jun 25-26; Santiago de Chile [citado 2018 ago 29]. Disponible en: <https://www.cepal.org/sites/default/files/courses/files/rrojasp.pdf>

6. Pérez C, Nazar G, Cova F. Facilitadores y obstaculizadores de la política de salud intercultural en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2016;39(2):122-127.
7. Campos, R. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En Fernández Juárez, G, coordinador. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. [edición]. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2004. p. 65-74.
8. Menéndez E. Interculturalidad, “diferencias” y antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas. En Fernández Juárez G, coordinador. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y la crítica intercultural*. [edición]. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2006. p. 51-65.
9. Menéndez, EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003; 8(1): 185-207. Doi: [10.1590/S1413-81232003000100014](https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014)
10. Hahn, RA, Kleinman, A. biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and directions. *Ann Rev Anthropol* 1983;12:305-333. Doi: [10.1146/annurev.an.12.100183.001513](https://doi.org/10.1146/annurev.an.12.100183.001513)
11. Conrad, P. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. [edición]. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
12. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Saludables y Promoción, División de Planificación Sanitaria. *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la región de Los Ríos. Serie 6, Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*. Santiago de Chile: Programa de Salud y Pueblos Indígenas; 2009.
13. Boccara, BG. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara, Rev Antropol Chilena*. 2007;39(2):185-207. Doi: [10.4067/S0717-73562007000200003](https://doi.org/10.4067/S0717-73562007000200003)
14. Boccara, BG. La interculturalidad como campo social. *Cuadernos Interculturales*. 2012;10(18):11-30.
15. Caroselli S. El dolor de los pacientes aymara de la comuna de Putre: prácticas terapéuticas y políticas de salud intercultural. *Diálogo Andino*. 2013;42:89-104. Doi: [10.4067/S0719-26812013000200008](https://doi.org/10.4067/S0719-26812013000200008)
16. Alarcón AM, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev Méd Chile*. 2004;132(9):1109-1114. Doi: [10.4067/S0034-98872004000900013](https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000900013)
17. Instituto Nacional de Estadística (INE). Segunda entrega de resultados definitivos. Censo 2017: Instituto Nacional de Estadística (Chile) [internet]. 2018 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/>
18. Ministerio de Desarrollo Social. Resultados Encuesta CASEN 2017; [internet] 2018. [citado 2018 ago 30] Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casemultidimensional/casen/casen_2017.php
19. Álvarez R. De raza indómita a terroristas, de Ercilla a Bachelet. Notas sobre la relación del Estado chileno con el pueblo mapuche. *Gazeta de Antropología*. 2012;28(2):1-16.
20. Merino M. El discurso de la discriminación percibida en mapuches en Chile. *Discurso & Sociedad*. 2007;1(4):604-622.

21. Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH). Informe Anual: Situación de los derechos humanos en Chile. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Derechos Humanos; 2017.
22. Fuentes C, de Cea M. Reconocimiento débil: derechos de pueblos indígenas en Chile. *Perfiles Latinoamericanos*. 2017; 25(49):1-21. Doi: [10.18504/pl2549-003-2017](https://doi.org/10.18504/pl2549-003-2017)
23. Richards P. Of indians and terrorist: How the state and local elites construct the Mapuche in neoliberal multicultural Chile. *J Lat Amer Stud* 2010;42(1):59-90. Doi: [10.1017/S0022216X10000052](https://doi.org/10.1017/S0022216X10000052)
24. Díaz A, Pérez M, González C, Simon JW. Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería*. 2004;10(1):9-16. Doi: [10.4067/S0717-95532004000100002](https://doi.org/10.4067/S0717-95532004000100002)
25. Cuyul, A. La política de salud chilena y el pueblo mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*. 2013;7(14):21-33.
26. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área lafkenche del servicio de salud Araucanía sur (Carahue, Saavedra, Teodoro Schmidt y Toltén). Serie 4, Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. Santiago de Chile: Programa de Salud y Pueblos Indígenas; 2006.
27. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico. Pueblos kawésqar, yámana y mapuche williche, región de Magallanes. Serie 5, Análisis de la situación de los pueblos indígenas de Chile. Santiago de Chile: Programa de Salud y Pueblos Indígenas; 2009.
28. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco. Serie 7, Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. Santiago de Chile: Programa de Salud y Pueblos Indígenas; 2010.
29. Cabellos F, Quitral J. “Interculturalidad crítica”: interfase valorativa entre la “Interculturalidad Ideal” y la “Interculturalidad Real”. Constataciones en el marco del desarrollo de Modelos Interculturales de Salud en la región de la Araucanía. 2006. *Interculturalidad y Salud* (blog). Disponible en: <http://interculturalidadysalud.blogspot.com/2006/12/interculturalidad-critica-conocimiento.html>. Consultado el 28 de septiembre de 2019.
30. Mertens D. *Research and evaluation in education and psychology. Integrating diversity with quatitative, qualitative and mixed methods*. [edición]. Thousand Oaks: Sage Publishing; 2010.
31. Byrne B. Qualitative interviewing. En: Byrne B, Searle C, editores. *Social research method*. [edición]. Londres: Sage Publishing; 2003. p. 217-236.
32. Gobierno Regional de la región del Bío Bío. Plan de iniciativas 2016-2018, Desarrollo territorio Arauco. Comunas de Arauco, Curanilahue, Lebu, Los Álamos, Cañete, Contulmo y Tirúa. Programa Especial de Gestión Territorial para Zonas Rezagadas [internet]. 2015 [citado 2019 sep 25]. Disponible en: <http://www.zonasrezagadas.subdere.gov.cl/files/Plan%20de%20Desarrollo%20Territorio%20Arauco%202016-2018.pdf>
33. Mason J. *Qualitative Researching*. [edición]. Londres: Sage Publishing; 2018.
34. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol*. 2006;3(2):77-101. Doi: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)

35. Naciones Unidas. Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales [internet]. 1996 [citado 2018 sep 20]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf
36. Aguas J, Nahuelpán H. Los límites del reconocimiento indígena en Chile neoliberal. La implementación del Convenio 169 de la OIT desde la perspectiva de dirigentes mapuche williche. *Cult.-hombre-soc.* 2019; 29 (1):108-130. Doi: [10.7770/0719-2789.2018.CUHSO.04.A01](https://doi.org/10.7770/0719-2789.2018.CUHSO.04.A01)
37. Richards P. Racismo: el modelo chileno y el multiculturalismo neoliberal bajo la Concertación 1990-2010. [edición]. Santiago de Chile: Pehuén; 2016.
38. Antileo E. Políticas indígenas, multiculturalismo y el enfoque estatal indígena urbano. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades.* 2013;17(1):131-159.
39. Cuyul A. La burocratización de la salud intercultural en Chile. Del neo-asistencialismo al autogobierno mapuche en salud [Internet]. 2008 [citado 2019 sep 26]. Disponible en: http://laced.etc.br/indigenismo/arquivos/La_Burocratizaci%C3%B3n_de_la_Salud_intercultural_en_Chile._A._Kuyul_5-08.pdf
40. Richards P. Expandir el concepto de la ciudadanía de las mujeres: la visión de pueblo y la representación de las mujeres mapuche en SERNAM. En: Flacso-Chile, editor. Chile 2001-2002. Impactos y desafíos de las crisis internacionales. Santiago de Chile: Flacso-Chile; 2002. p. 267-298.
41. Ramírez S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá, Revista de Antropología.* 2009;14:1-28.
42. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016;21(1):109-118. Doi: [10.1590/1413-81232015211.20252015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015)
43. Gavilán VT, Vigueras PC, Madariaga CE, Parra MG. Interculturalidad en salud. Análisis crítico de las políticas sanitarias dirigidas al pueblo aymara del norte chileno. *Chungará.* 2018;49(4):322-328.
44. Torri, MC. Multicultural social policy and community participation in health: New opportunities and challenges for indigenous people. *Int J Health Plann Manage.* 2012;27(1):18-40. Doi: [10.1002/hpm.1094](https://doi.org/10.1002/hpm.1094)
45. Figueroa, V. Pueblos indígenas y derechos: una discusión a la luz de las políticas públicas desde el caso chileno. *Anales de la Universidad de Chile.* 2017;13(7):97-114. Doi: [10.5354/0717-8883.2018.48999](https://doi.org/10.5354/0717-8883.2018.48999)
46. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio Nro.169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales. Edición conmemorativa. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2014.
47. Durey A, Taylor K, Bessarab D, et al. "Working together": An intercultural academic leadership programme to build health science educators' capacity to teach indigenous health and culture. *The Australian Journal of Indigenous Education.* Cambridge University Press; 2017;46(1):12-22. Doi: [10.1017/jie.2016.15](https://doi.org/10.1017/jie.2016.15)
48. Ramírez S. Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2014; 31(4); 762-768.
49. Müller M, Khamis D, Srivastava D, Exadaktylos AK, Pfortmueller CA. Understanding refugees' health. *Semin Neurol.* 2018;38(2):152-162. Doi: [10.1055/s-0038-1649337](https://doi.org/10.1055/s-0038-1649337)