



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales-Programa de Magíster en Psicología

Salud intercultural desde la visión de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa.

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Psicología de la Salud

**CAMILA ALEJANDRA PÉREZ HUENTEO
CONCEPCIÓN-CHILE
2015**

Profesor Guía: Félix Cova Solar
Departamento de Psicología-Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción

AGRADECIMIENTOS

A las antropólogas Magaly Mella y Gabriela Lizana, por su apoyo y colaboración teórica. A las psicólogas Carolina Bravo e Eileen Villacorta, por su cooperación y hospitalidad. A doña Sandra Ibarra y don Alejandro Ramírez, por mediatizar la participación de ambos establecimientos de salud en esta investigación. A los distintos actores entrevistados, por su tiempo y disposición. A los profesores Gabriela Nazar y Félix Cova, por su compromiso y orientación. Gracias a todos ellos por contribuir a la realización de este estudio.



ÍNDICE

Introducción.....	5
Propósito.....	6
Marco Teórico.....	8
1. Salud Intercultural.....	8
1.1 Cultura, multiculturalismo e interculturalidad.....	8
1.2 Salud Intercultural.....	13
1.3 Interculturalidad y Salud Mental.....	20
2. Salud intercultural en Chile.....	25
2.1 Sistema de salud chileno.....	25
2.2 Antecedentes de la salud intercultural en Chile.....	28
2.3 Marco normativo de la salud intercultural en Chile.....	30
2.4 Experiencias de salud intercultural en Chile.....	32
3. Pueblo Mapuche.....	36
3.1 Antecedentes histórico-sociales.....	36
3.2 Antecedentes sociodemográficos de la población indígena de Chile.....	42
3.3 Cosmovisión y sistema de salud mapuche.....	45
3.4 Situación de salud del pueblo mapuche.....	48
Pregunta de investigación.....	52
Objetivos.....	52
Método.....	53
1. Diseño de investigación.....	53
2. Participantes.....	53
3. Recolección de información.....	55
4. Análisis de información.....	55
5. Procedimiento.....	56
6. Criterios de rigor metodológico.....	57
7. Criterios éticos.....	58
Resultados.....	60
Discusión.....	126
Conclusiones.....	142

Referencias.....	145
Anexos.....	161
Anexo 1.....	162
Anexo 2.....	166
Anexo 3.....	173
Anexo 4.....	174
Anexo 5.....	189



INTRODUCCIÓN

En Chile, los primeros antecedentes de trabajo en salud intercultural datan de 1992, momento a partir del cual se inician algunas experiencias en distintos servicios de salud del país. Estas experiencias se ven impulsadas tanto por el interés en dar respuesta a las particularidades de la situación de salud de la población mapuche, en una primera instancia, como por la influencia creciente de una perspectiva que busca incorporar a los pueblos originarios en el proyecto de desarrollo del país.

En este contexto, 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. Como es esperable, a lo largo de su implementación son identificables diversas tensiones, relacionadas, especialmente, con la escasa claridad acerca del significado teórico y práctico del concepto de salud intercultural, como con la falta de participación de las comunidades en la definición del tipo de salud que desean recibir.

Esta investigación se ha orientado a comprender, desde una perspectiva cualitativa, la visión sobre la salud intercultural de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa, comunas en las cuales se han desarrollado experiencias de salud intercultural con población mapuche por más de una década.

De acuerdo a la visión de tales actores, se ha obtenido una aproximación acerca del significado de la noción de salud intercultural, y el modo en que esta se lleva a la práctica en la compleja interrelación entre el Estado, el sistema de salud biomédico y el pueblo Mapuche. Asimismo, se han explorado las implicancias del enfoque de salud intercultural para la atención en salud mental, área que resulta de relevancia en contextos de significativa violencia entre el Estado y comunidades movilizadas, como Cañete y Tirúa. Finalmente, se han identificado puntos críticos en el proceso de implementación de este enfoque en tanto línea programática, que contribuyen a comprender los resultados obtenidos hasta ahora. Tales hallazgos se dan a conocer a continuación.

PROPÓSITO

El enfoque de salud intercultural se plantea como una orientación que apunta a mejorar la situación de salud de los pueblos originarios, mediante una atención adecuada a las necesidades y características socioculturales de la población usuaria y la complementariedad entre el sistema biomédico y los sistemas de salud tradicionales (Sáez, 2007). Dada su urgencia, la incorporación de dicho enfoque ha formado parte de las recomendaciones realizadas por la Organización de las Naciones Unidas dentro del Programa de Acción para el Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. A nivel nacional, la provisión de servicios culturalmente apropiados forma parte de la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020.

No obstante los avances logrados en materia de salud intercultural, la consolidación de esta área de trabajo dentro del sistema de salud chileno continúa siendo un tema emergente. En la actualidad, no se cuenta con estrategias interculturales de atención definidas, por lo que el desarrollo de la programación queda sujeto al criterio de quienes ejecutan las acciones de salud (Alarcón, Vidal & Neira, 2003). Dicha situación se ha visto reforzada por la falta de referentes teóricos y el escaso conocimiento sobre las implicancias prácticas de la implementación de un enfoque intercultural, ante lo cual la salud intercultural aparece como un concepto amplio y vago, que ha dado lugar a diversas interpretaciones y acciones (Alarcón, Astudillo, Barrios & Rivas, 2004; Torri, 2012a).

Asimismo, los estudios realizados han dado cuenta de la falta de participación tanto de usuarios como de prestadores en la definición de las acciones de salud, de manera que la implementación del enfoque intercultural es guiado por especificaciones provenientes desde la administración central, sin dar respuesta a las necesidades y características de contextos particulares, y excluyendo temáticas sentidas por las comunidades, tales como las demandas territoriales y ambientales, y los efectos de la discriminación (Arteaga, San Sebastián & Amores, 2012; Boccara, 2007; Boccara & Seguel-Boccara, 1999; Bolados, 2012; Ramírez, 2009; Torri, 2012b).

Existe poca investigación destinada a identificar qué esperan los usuarios de una atención de salud culturalmente adecuada, y qué se entiende por salud intercultural al momento de la implementación de este enfoque. Dado que un objetivo del modelo de salud intercultural es ajustar la oferta de prestaciones a las características locales, es especialmente necesario desarrollar estudios situados en contextos y poblaciones particulares.

Considerando tales antecedentes, el propósito de este estudio ha sido comprender la visión de salud intercultural de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa, comunas con alto porcentaje de población mapuche y donde se están desarrollando experiencias de trabajo en salud con enfoque intercultural. Los objetivos han sido conocer la visión de salud en este contexto multicultural desde la perspectiva de los distintos actores implicados, describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en ambas comunas, e identificar las expectativas mantenidas por dichos actores sobre la salud intercultural. Un foco particular de interés fue salud mental, por cuanto se estimó necesario generar información que permitiera adecuar los servicios, en atención a los índices de salud que sitúan a la población mapuche en condición de mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos en esta área (MINSAL, 2009a).

Lo anterior resulta relevante por cuanto existen múltiples indicadores sociales y epidemiológicos (MINSAL, 2009a; MINSAL, 2009b; MINSAL, 2009c; MINSAL, 2010), así como un marco normativo nacional e internacional, que plantean la necesidad de adecuar la oferta de salud a las particularidades y requerimientos de los pueblos originarios. En este sentido, este estudio pretende aportar información que contribuya al diseño de estrategias de salud culturalmente pertinentes, considerando la visión de quienes se ven enfrentados a las exigencias prácticas de la implementación del enfoque de salud intercultural, como lo son usuarios y los prestadores de salud. A la vez, el estudio contribuye a sistematizar una experiencia de trabajo llevada a cabo por más de una década en las comunas de Cañete y Tirúa, propiciando la reflexión sobre lo realizado, así como la extracción de aprendizajes que permitan orientar futuros avances en el área.

MARCO TEÓRICO

1. Salud intercultural

1.1 Cultura, multiculturalismo e interculturalidad.

El concepto de cultura ha sido concebido como un modo de interpretar la realidad, que comprende tanto prácticas, como ideas y creencias subyacentes a tales prácticas (Malgesini & Giménez, 2000). En este sentido, la cultura constituiría un sistema de conocimientos, interiorizados durante el proceso de enculturación, a partir del cual el ser humano tamiza su interpretación de la realidad y de los datos de comportamiento social (Austin, 2010).

Desde la antropología, existen diversos cuerpos teóricos para entender la cultura y los sistemas socioculturales; lo común entre ellos es la consideración de la cultura como una dimensión de un fenómeno que permite hablar de diferencia y de identidades (Appaduri, 1996, citado en Boccara, 1999). En este sentido, la búsqueda por definir la cultura ha sido un esfuerzo por establecer la identidad cultural de las sociedades estudiadas (Ortiz, 2004).

Las teorías sobre la cultura han recorrido ejes que transitan la discusión entre individuos/sociedad, cultura/naturaleza y entre lo sincrónico/diacrónico. No obstante, es posible visualizar dos aproximaciones principales: una de ellas ligada a las respuestas objetivas que despliegan las colectividades humanas ante los estímulos y restricciones del medio ambiente, y cómo éstas han sido reflejadas a través de la materialidad, dando lugar al desarrollo de sistemas socioproductivos (Ortiz, 2004). Por otro lado, se encuentra una aproximación más subjetivista, en donde la acción simbólica está guiada por la percepción y sensibilidad de los individuos, y a partir de ellos, se establece la experiencia que caracteriza a una cultura en particular.

Uno de los primeros teóricos en delinear los contenidos de la cultura fue Tylor, quien señala que (en Bohannan & Glazer, 1993, pp. 66):

La cultura o civilización en sentido etnográfico amplio, es ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de una sociedad.

Esta definición se ha asociado a la universalidad propuesta por el paradigma del evolucionismo unilineal, en donde las culturas humanas se constituyen como estadios evolutivos que deben atravesar las sociedades para constituirse en sociedades occidentales, fundada en la idea de la cultura como universalidad y totalidad. Prontamente, F. Boaz, uno de los principales exponentes ligados a la antropología cultural temprana, opone la idea de universalidad planteada por los evolucionistas, y subraya el carácter particular de cada cultura, poniendo el foco en la diversidad cultural de las sociedades humanas como producto de condiciones naturales e históricas. Por ello, esta corriente ha sido denominada como particularismo histórico o relativismo cultural, en tanto supone una concepción empírica de la cultura (Harris, 1996).

Por otro lado, los funcionalistas, entre ellos Malinowski, comprenderán la cultura como expresión de una “función social” que satisface necesidades de los grupos humanos, que conduce a la organización y creación de instituciones (Bohannon y Glazer, 1993). Desde la vertiente del estructuralismo comienza a tomar fuerza el interés por la semiología y la lingüística, en donde los signos y símbolos rigen la vida social de los grupos humanos, de modo que la cultura empieza a ser entendida como modelo cognitivo, como sostendrá Lévi-Strauss (Harris, 1996). A partir del estructuralismo, surge un interés por el carácter hermenéutico, es decir, interpretativo, del intento por abarcar la experiencia humana. Geertz comprenderá la cultura como “patrón de significados transmitidos históricamente, incorporados en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en forma simbólica, por medio de las cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actividades en relación con la vida” (en Bohannon y Glazer, 1993, p.548).

De estas corrientes teóricas, es posible destacar que la cultura se aprende a través de un proceso de enculturación consciente, inconsciente y de interacción con otros (Kotakk, 2000). Asimismo, es adaptativa, material y simbólica, y correspondería a un sistema integrado, por lo que toda actividad humana está culturizada (Bohannon, 1996).

Sin embargo, muchos de estos enfoques reiteran una mirada esencializadora de la cultura, en donde “(...) La cultura se transforma en un llave maestra para explicar todos y

cada uno de los fenómenos humanos (...)” (Ortiz, 2004, p.28), y muchas veces la conceptualización de los contenidos de la cultura se vuelven denominaciones que limitan abarcar las transformaciones y la complejidad de las sociedades actuales. De esta paradoja surgen los enfoques procesualistas en el seno de la antropología, que buscan entender la cultura a partir de sus dinámicas, desechando la mirada de pureza original de las sociedades. Tal como señala De Sardan (1998, citado en Boccara, 1999), más que concebir la cultura como una estructura determinada que actúa sobre seres pasivos, se estima que los agentes individuales y colectivos participan en la producción y transformación de las estructuras culturales a través de la práctica. En esta línea, se espera que la noción de cultura sea conceptualizada a partir de procesos que se desenvuelven en relación a fenómenos históricos de las sociedades con las cuales se mantiene contacto, en la lógica de reelaboración permanente, en la que se elabora una concepción del “otro” que permite pensar la alteridad (Boccara, 1999).

Así, rechazar la perspectiva de la pureza original de las culturas es también rechazar el concepto de aculturación, en el sentido de que las transformaciones de una tradición no debe ser tratado como un proceso de extinción, decadencia o contaminación, sino más bien como una fusión o mestizaje. De este modo, las culturas debiesen ser entendidas más bien como objetos de re-elaboración, a partir de la comprensión de la tradición como una construcción permanente. La inquietud en torno a que ninguna cultura existe en estado puro e idéntica a sí misma desde siempre, conduce a reflexionar sobre las modalidades de contacto, así como de diferenciación y elaboración de las culturas, entendidas éstas como procesos permanentes de construcción, desestructuración y reestructuración (Boccara, 1999).

En este contexto, la globalización sería un fenómeno ligado a los procesos que desencadenan la emergencia de nuevas identidades, y no una historia de homogenización cultural (Appadurai, 2001). Tal como señala Boccara (1999):

(...) Las neoidentidades que se dibujan en este período de renacimiento cultural, son producto de un largo pasado de contactos interétnicos, de reformulación y adaptación a situaciones novedosas que constituyen una respuesta al colonialismo

interno de los estados naciones y a las presiones del proceso de globalización. (p. 45)

Así, la visibilización de las comunidades étnicas, muchas veces referidas como “minorías”, encuentran en los procesos de interconexión que entrega la globalización y la era de las comunicaciones, herramientas para oponer resistencia y cuestionar el modelo ideológico dominante de los territorios. Es decir, cobran relevancia comunidades y sus configuraciones socioculturales, cuya existencia a menudo fuera negada, lo que, a su vez, pondría en evidencia el carácter limitado y arbitrario de la conformación de estados nacionales que se constituyeran principalmente sobre la negación de la pluralidad cultural a través de un proyecto nacional asimilacionista y homogeneizador (Boccaro, 1999).

Appadurai (2001) argumenta que los enfoques sustantivistas de la cultura pareciesen privilegiar las propuestas ligadas a la cohesión de ideas y de “lo compartido”, y enmascaran la desigualdad y diferenciación de prestigio con las que se etiquetan a distintos estilos y formas de vida, de modo de marginar visiones de mundo de comunidades/grupos históricamente marginados o dominados. De este modo, el autor centra sus esfuerzos por definir las culturas en el terreno de las diferencias, contrastes y comparaciones. En este sentido, cuando se habla de “lo cultural” se subraya la idea de “diferencia situada”, es decir, una diferencia en relación a algo local, que toma materialidad en un lugar determinado y que adquiere una cierta significación; por tanto, las “diferencias culturales” expresan o asientan las bases para la formación y la movilización de las identidades colectivas o de grupo. Así, la cultura podría ser entendida como un subconjunto de diferencias que fueron seleccionadas y movilizadas con el objetivo de articular las fronteras de la diferencia, forjando la de identidad de grupo.

En relación a la coexistencia de poblaciones con distintas identidades culturales en un determinado espacio territorial y social, se ha empleado el concepto de “pluralismo cultural”, el que, a la vez, implica una visión tendiente a la valoración de la diversidad. El multiculturalismo y la interculturalidad representan dos modos de expresión del pluralismo cultural (Giménez, 2003). El multiculturalismo hace referencia al reconocimiento de la diversidad cultural, poniendo el acento en el respeto hacia la diferencia como un requisito

para la adecuada convivencia entre distintas culturas. Esta perspectiva ha estado a la base de las primeras políticas socioculturales pluralistas (Giménez, 2003).

En América Latina, la perspectiva multiculturalista aparece fuertemente vinculada al modelo económico neoliberal, persiguiendo el resguardo de los derechos individuales y el mantenimiento del orden social en función de los principios y valores de la cultura mayoritaria. En este sentido, se pretende atenuar los conflictos entre una cultura y otra, promoviendo una convivencia “funcional”, situada en un clima de tolerancia, que no siempre supone diálogo y que privilegia el aprendizaje unidireccional (Cruz, 2013).

Por su parte, la interculturalidad representa el componente dinámico del pluralismo cultural, poniendo el énfasis en la interacción entre grupos e individuos pertenecientes a diferentes esferas culturales (Bartolomé, 2010). La interculturalidad intenta ir más allá de la tolerancia y la coexistencia, haciendo énfasis en el logro de relaciones equitativas y de aprendizaje mutuo. Más allá de erradicar los conflictos culturales, propone abordar los factores estructurales que han dado lugar a la situación de desigualdad y conflicto, mediante el desarrollo de transformaciones y la distribución de poder político, que permitan eliminar la condición de cultura dominante y subalterna (Cruz, 2013). Estos planteamientos han tomado fuerza dentro de las políticas desde finales de la década de los 80's, tras la constatación de las significativas limitaciones de la visión multiculturalista (Giménez, 2003). Al respecto, Boccara (1999) especifica que la interculturalidad no sería un fenómeno reciente, debido a que las lógicas socioculturales indígenas se caracterizarían por su capacidad de pensar e integrar la alteridad, de modo de establecer relaciones permanentes de complementariedad.

Asimismo, Boccara (2012) entiende la interculturalidad como una organización masiva del conocimiento relativo a “lo indígena” y de las prácticas sociopolíticas vinculadas a la gestión y representación de la diferencia cultural, que se acompaña de la difusión de una metodología participativa que postula que los indígenas deben involucrarse activamente en los programas del Estado. Desde esta perspectiva, se argumenta que la interculturalidad ha perdido progresivamente su potencial político, debido a que el discurso “neo indigenista” propulsado por el estado no considera los conceptos de autonomía ni autogobierno como

los pilares de una nueva relación entre naciones y pueblos indígenas. Más bien, la interculturalidad se ha entendido desde la “política del etnodesarrollo”, basada en la participación comunitaria indígena y la instalación de programas “culturalmente pertinentes” en materia de salud y educación, con el fin de “integrar” a las poblaciones originarias y conformar una “ciudadanía cultural”. De este modo la interculturalidad habría sido operacionalizada como ideología y metodología dominante del tratamiento de la diferencia cultural.

Con un énfasis práctico, la antropología sociocultural ha propuesto, asimismo, el concepto de “relaciones interétnicas”, entendidas como aquellas relaciones sociales que tienen lugar en un marco reconocido como Estado-Nación, en el cual cohabitan grupos o pueblos cuyas raíces sociales y culturales implican una situación de diferenciación o, directamente, de exclusión. En el caso mapuche, es posible señalar que tales relaciones guardarían su origen en una interculturalidad forzada, producto de su incorporación obligada al sistema nacional, que ha traído como resultado la conformación de identidades biculturales (Durán, 2002).

1.2 Salud intercultural.

Desde una mirada antropológica, la salud es concebida como un fenómeno universal, ante el cual los diversos grupos humanos elaboran visiones particulares, que orientan las explicaciones, actitudes y prácticas que se desarrollan respecto a ella. Desde las diferentes visiones elaboradas, se configuran complejos modelos conceptuales y prácticos, que constituyen respuestas culturales ante el proceso de salud y enfermedad (Jean & Braun, 2010).

Con el paso del tiempo, dichos modelos conceptuales y prácticos se consolidan como sistemas de salud más o menos organizados, que incluyen tanto una mirada explicativa, así como procedimientos, agentes terapéuticos y tecnologías al servicio del resguardo de la salud y la erradicación de la enfermedad (Alarcón, et al., 2003). Dentro de cada sistema, los agentes terapéuticos tendrán un rol determinado que desempeñar, mientras que los

receptores o usuarios tendrán ciertas expectativas respecto de cómo ese rol será desempeñado y los resultados que se podrán alcanzar (Jean & Braun, 2010).

Dentro del campo de la salud, se han identificado tres sistemas de atención que interactúan entre sí. Por una parte, se encuentra la medicina tradicional, sustentada en principios culturales y religiosos y que ha sido desarrollada, principalmente, por los pueblos indígenas. La medicina popular, por otra, está constituida por conocimientos y creencias en torno a la salud y a la enfermedad, organizados a nivel familiar y comunitario. Finalmente, se encuentra la medicina profesional o biomedicina, basado en un enfoque natural-biológico, y que se define a sí misma como el sistema propiamente racional. Históricamente, la medicina tradicional ha ocupado una posición subalterna respecto de la medicina profesional, mientras que la medicina popular se ha situado como un eje articulador entre ambos sistemas (Moreno, s.f.).

A partir de la visión occidental-biomédica, la salud ha sido definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006, p.1). Tal definición refleja una evolución en el modo de concebir la salud, que trasciende la mirada biologicista para incorporar factores psicosociales en el análisis del proceso de salud y enfermedad. No obstante dicha evolución, en la práctica, el modelo biomédico continúa concediendo primacía a los aspectos biológicos, relegando las dimensiones socioculturales a un segundo plano (Vergara, 2007).

Al respecto, Comelles (2004) estipula que el proceso histórico de construcción de la biomedicina como paradigma abandona sistemáticamente el concepto de cultura durante el siglo XX, guiada por su “eficiencia” en términos de diagnóstico, pronóstico y procedimientos terapéuticos, de la mano de variables puramente cuantificables obtenidas mediante la clínica y el laboratorio.

Cabe señalar que la medicina como “práctica local” y la biomedicina no obedecen a un proceso homogéneo ni igualitario en todas las latitudes. Menéndez (1978, citado en Comelles, 2004) asevera que la centralidad de la medicalización que condujo a la hegemonía del modelo biomédico se posicionaría en base a tres procesos históricos

convergentes: el asentamiento de los estados modernos y liberales, la constitución del modelo de “estado de bienestar”, y la emergencia del manual médico conocido como “Flexner Report” en Estados Unidos, el cual protocolizó desde la enseñanza médica pasando por la gestión, administración y organización de los sistemas de salud administrados por los estados de bienestar .

La hegemonía del sistema biomédico se devela en su imposición como garante de la salud pública, ejerciendo un sesgo en la demanda cualitativa del diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. Este modelo hace crisis en contextos culturalmente diversos, ya sea en términos étnicos así como en términos de inmigración, pues obstaculiza y limita las relaciones comunicativas entre la demanda de servicios y los profesionales médicos (Comelles, 2004). En esta línea, Junge (2001) caracteriza la hegemonización del sistema biomédico como un fenómeno que niega la pertinencia de los modelos de salud basados en paradigmas distintos a los de la modernidad occidental, en dónde la racionalidad detenta relaciones de poder y autoridad que recaen en la institucionalidad médica y sus profesionales. No obstante, Junge argumenta que a pesar de la hegemonía del sistema biomédico moderno, las sociedades se caracterizan por poseer múltiples sistemas médicos que coexisten, subordinadamente, con la medicina “oficial”, y es en ellos en donde el mayor porcentaje de población rural latinoamericana consulta.

Caramés (2004), enfatiza que el modelo biomédico asienta sus bases en el proceso de construcción ideológico y cultural en un contexto sociohistórico determinado, que es reproducido a través del proceso formativo de los profesionales de las ciencias en la salud, lo que determina las modalidades de abordar y ver los fenómenos de salud, enfermedad y atención. A la vez, el modelo biomédico soslaya la complejidad de la realidad que rodea al fenómeno de la salud, observándola exclusivamente desde una mirada centrada en lo biológico.

Moreno (2006) advierte que el desarrollo de la microbiología da sustento al modelo unicausal de las enfermedades, de modo que se focaliza el diagnóstico médico en la búsqueda de los agentes patógenos como productores de las enfermedades y como su principal causa; si bien esta ontología de la enfermedad ha sido superada por el modelo

biomédico, entendiendo las enfermedades desde un modelo multicausal, los factores socioculturales han sido marginados del estudio de dicha multicausalidad.

En este sentido, la biomedicina enfatiza la observación de la salud humana a partir del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en los aspectos fisiológicos y patofisiológicos del cuerpo humano, entendiendo el cuerpo desde un equilibrio fisiológico establecido a partir de patrones constantes y cuantificables, que establecen perfiles de “normalidad” y “anormalidad” o enfermedad. Es decir, reduce la salud y la enfermedad a los aspectos corpóreos de la experiencia humana, lo que concuerda con la visión modernizante de la separación de “cuerpo” y “alma”, en donde el cuerpo debe ser restablecido para su “normal” funcionamiento (Junge, 2001).

A partir de ello, las críticas al modelo biomédico se sitúan desde un espectro más amplio de cuestionamiento epistemológico, en donde se cuestiona el determinismo del conocimiento biológico a niveles descriptivos y explicativos de causalidad e intervención en el ámbito de la salud y la enfermedad humana (Caramés, 2004). En esta línea, Treichler (1987, citado en Caramés, 2004) argumenta que la causalidad de las enfermedades no puede ser reducida a un problema de índole biológica, sino que las enfermedades están situadas y significadas de acuerdo al contexto sociocultural de pertenencia de los sujetos, así como de sus contextos familiares y comunitarios. De esta forma, el modelo biomédico excluye la importancia de los elementos socioculturales que dan génesis a las enfermedades, y recurre rápidamente a procesos de medicalización de aspectos de los ciclos de la vida de las personas, como los embarazos, nacimientos, crianza, sexualidad, vejez y muerte.

Así, el abandono del concepto de cultura generó un aislamiento del valor del “contexto” en el que se insertaban los cuerpos enfermos y las enfermedades propiamente tal. Los cuerpos se individualizan en la búsqueda del análisis racional, por lo que la negación de lo “cultural” y lo “social” fue la base en la que se erigió la “cultura biomédica”. Prontamente, la biomedicina se erigió como hegemónica frente a otros sistemas y modelos de medicina no occidental, a pesar de que su legitimación es más bien reciente (fines del siglo XVIII) (Comelles, 2004).

De acuerdo a lo planteado por Menéndez (2003), las diferentes formas de atención de salud desarrolladas guardan relación tanto con aspectos religiosos, étnicos, económico-políticos, técnicos y científicos, que han dado lugar a la coexistencia de modelos significativamente diferenciados e, incluso, en posiciones antagónicas. En este sentido, desde la perspectiva biomédica, se ha generado un sistema médico de largo alcance, que se ha insertado de manera universal como un modelo capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud, independientemente de las particularidades culturales de los usuarios, y manteniendo escaso diálogo con otros modelos médicos.

En relación con lo anterior, incluso en el contexto pluriétnico latinoamericano, las escuelas y facultades de enseñanza de ciencias médicas desconocen y subvaloran los elementos socioculturales que están vinculados a la práctica médica. Por ello, se ha planteado como necesaria la inclusión en los programas de estudio de las ciencias de la salud perspectivas analíticas y conceptuales que permitan entender y abordar la complejidad de las relaciones sociales que inciden en la atención, diagnóstico, tratamiento y recuperación del fenómeno humano de la salud (Campos, 2004).

Es en este contexto que, considerando la dominancia de la perspectiva biomédica en el diseño de los servicios de salud, el enfoque intercultural constituye una orientación que apunta a incorporar la diversidad cultural en la organización y provisión de los servicios y, asimismo, a promover la complementariedad entre sistemas de salud, con el fin de otorgar una atención adecuada a las particularidades, necesidades y expectativas de los usuarios (Sáez, 2007). Lo anterior involucra un complejo proceso de validación cultural, que implica aceptar la legitimidad de la visión de salud del usuario, considerando el contexto cultural en que dicha visión emerge (Alarcón, et al., 2003).

Por su parte, las concepciones de salud y enfermedad en los modelos de bienestar indígenas aborda un conjunto integrado de ideas, significados y prácticas asociados a recuperar el bienestar, a través de la prevención y diagnóstico de dolencias (Flores, 2004). El funcionamiento de estos sistemas de salud es validado y conocido a nivel comunitario, de modo que algunas de sus prácticas son ejercidas por especialistas, mientras que otras guardan un carácter familiar. Kleinman (1978) advierte que es necesario situar el concepto

biológico de enfermedad en el contexto de un padecimiento, que hace alusión directa a los fenómenos de experiencia y percepción, así como de malestar como suma de la enfermedad y el padecimiento, ambas dentro de su contexto de significación social. De este modo, la enfermedad se constituiría como modelo explicativo más que como un concepto de existencia autónoma, cuya comprensión debe ser suscrita a través del dialogo y de la interpretación compartida entre pacientes y terapeutas (Junge, 2001).

Campos (2004) define a la salud intercultural como:

(...) la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes. En la relación, se pretende un mutuo entendimiento y comprensión que se basa en el aproximado o pleno respeto a los respectivos saberes, valores y creencias de los actores sociales involucrados (p.129).

Este dialogo, por lo tanto, estaría en un proceso constante de negociación y transacción a niveles técnicos, teóricos e ideológicos, que definen las concepciones de salud y enfermedad. La definición de salud intercultural de Campos (2004) busca “equilibrar” la práctica biomédica con los contextos de diversidad cultural, por lo que contrasta con la definición de Boccara (2007) que lo sitúa desde la óptica de la conformación de un “campus etnoburocrático”, caracterizado por relaciones de poder que debaten modos de legitimación de prácticas, saberes, así como de las mismas conceptualizaciones de salud y cultura propiamente tal, y no como entidad abstracta. De esta forma, Boccara advierte que la salud intercultural remitiría también a un proceso de “nueva gestión de la diversidad” en el contexto institucional de la salud pública. No obstante, los agentes sociales indígenas se movilizan en este contexto, y a partir de los nuevos roles que asumen en este campo, despliegan estrategias de carácter contra hegemónicas que permiten dinamizar los espacios de interculturalidad dentro de los marcos institucionales y normativos. Albó (2006) enfatiza que en el campo de la salud intercultural se reproducen las desigualdades de composición

socioeconómica, con persistencia de discriminaciones culturales, observándose como principal obstaculizador la estructura misma de la sociedad.

Para avanzar en la construcción de modelos médicos no hegemónicos, que den cuenta de los contextos interculturales, Allué (2003, citado en Comelles, 2004) indica que es necesario evidenciar las relaciones y diferencias de poder/estatus que se establecen en las relaciones médico-paciente, además de situar la práctica médica desde su condicionamiento cultural, entendiendo los contextos familiares, comunitarios y sociopolíticos en los cuales están inmersos los “pacientes”. Enfatiza, asimismo, cualidades como la empatía, respeto, capacidad de inspirar confianza, comprensión y colaboración del personal médico hacia las personas, sus familias y comunidades, de modo que éstas puedan ser activos en asumir el control de los procesos de enfermedad-recuperación-bienestar.

Comelles (2004) indica que la incorporación de “lo cultural” en los sistemas de medicina no debe realizarse a base de “protocolos de identificación cultural administrativa”, sino que más bien a través de un entendimiento más cabal de la complejidad cultural de las sociedades actuales, no sólo como “traducción lingüística” y superando los esquemas de “competencias culturales” que muchas veces se basan en “taxonomías” étnicas y culturales rígidas, convirtiendo “lo cultural” en protocolos “políticamente correctos”, pero que no aportan en la construcción dialéctica de saberes médicos. En este sentido, es necesario una concepción más procesual de la cultura, y desde una mirada pos colonialista, de modo que emerjan las identidades mestizas y pluriétnicas (Appadurai, 2001).

En esta idea, Junge (2001) advierte que una de las trampas de incorporar conceptos como la diversidad en la prácticas médicas, es considerar que de ese modo se logra la pluralidad, olvidando que la implementación de modelos de salud que pretenden abrazar la interculturalidad pueden organizarse también de manera jerarquizada, y muchas veces subordinada al sistema médico oficial que autoriza o desautoriza el ejercicio de prácticas y saberes. Por ello, una propuesta de carácter plural en materia de salud intercultural debe estar basada en el reconocimiento de que la biomedicina no es capaz de satisfacer y abarcar por sí sola todas las necesidades de bienestar-salud de la población, y además basarse en la

participación activa de todos los agentes implicados, desde el dialogo y, fundamentalmente, desde la práctica.

1.3 Interculturalidad y salud mental

Los orígenes de la salud mental aparecen fuertemente ligados a los esfuerzos que las distintas sociedades han desplegado por miles de años para explicar y abordar experiencias y comportamientos considerados como anormales según los parámetros de la época. Con el desarrollo de la ciencia, tales fenómenos han sido conceptualizados en distintas categorías de enfermedades mentales y/o trastornos psicológicos (Mebarak, de Castro, Salamanca & Quintero, 2009).

El interés por el estudio de la relación entre psicología, psicopatología y cultura ha venido de la mano de la etnopsiquiatría, cuyo origen se sitúa en los estudios comparativos realizados por Kraepelin en los albores del siglo XX. Entre otros resultados, estos estudios arrojaron diferencias notorias en la presentación de los cuadros clínicos de pacientes pertenecientes a diferentes esferas culturales (García & Saal, 2007).

En adelante, los estudios transculturales han evidenciado la fuerte influencia de la cultura en la sintomatología, el diagnóstico, y el curso de los trastornos mentales. En este sentido, cada sociedad elabora sus propios modos de expresión psicopatológica, siendo posible señalar que los procesos de salud y enfermedad mental dependen del contexto sociocultural en el que se desarrollan (García & Saal, 2007; Saint Arnaul & Shimaburko, 2011; Saravana et al., 2008; Villaseñor, 1994; Villaseñor, Rojas, Albarrán & González, 2006).

En relación a los pueblos indígenas, en general, se ha señalado que estos poseen una visión holística de la salud, y su concepto de salud mental difiere de la visión occidental, especialmente, en la importancia asignada a los factores comunitarios implicados en el desarrollo de la enfermedad. Desde la perspectiva indígena, la salud mental es considerada una interacción entre el individuo, su comunidad y el entorno, involucrando aspectos espirituales, sociales, culturales y físicos. Asimismo, la noción de bienestar se encuentra

relacionada con la tierra y el estilo de vida (Isaacs, Pyett, Oakley-Brown, Gruis & Waples-Crowe, 2010; Vallejo, 2006; Villaseñor, 1994). De este modo, desde los sistemas de salud indígenas, el foco de atención no es la enfermedad como tal, sino el ser social que enferma, en un contexto particular (Vallejo, 2006).

Un ejemplo de esto es la visión de los mayas de los Altos de Chiapas, en que el estado de salud es un reflejo de la calidad de las relaciones que el individuo sostiene consigo mismo, su comunidad y las divinidades. Así, la enfermedad es considerada un castigo divino, como consecuencia de una transgresión a las leyes sociales y espirituales de su comunidad (OMS, 1998).

En cuanto a las prácticas curativas de los pueblos indígenas, estas están cruzadas por un entramado de factores conceptuales y espirituales que sostienen creencias y ritos de sanación, siendo esa realidad sociocultural compartida entre curanderos y consultantes la que hace posible el restablecimiento del equilibrio y la recuperación de la salud. Es así como, a partir de la construcción que la comunidad hace del problema de salud, se elaborará una determinada solución para el mismo (Vallejo, 2006).

Dentro de la tradición biomédica, el estudio de estos trastornos es un terreno propio de la psiquiatría, en donde, no obstante los aportes de la etnopsiquiatría, la enfermedad es sustancialmente concebida como un desajuste bioquímico alojado en el sistema nervioso central. En tanto, la respuesta otorgada para el restablecimiento de la salud se focaliza en la intervención individual y en el empleo de fármacos para contrarrestar dichos desajustes. Como heredera de la hegemonía del modelo biomédico, la psiquiatría ha pretendido la validez universal en la construcción de los trastornos mentales, reconociendo someramente la influencia cultural en la configuración de síntomas (Vallejo, 2006, Villaseñor, et al., 2006).

En relación a la psicología, se ha señalado una acentuada impronta de sus inicios experimentales y la permanente aspiración de obtener una posición dentro de las ciencias naturales, escenario en el que, no obstante ciertos acercamientos teóricos, la cultura ocupa un lugar secundario dentro de la producción teórica, diluyéndose entre los múltiples factores ambientales que, eventualmente, explicarían la varianza en la expresión de unos u

otros rasgos (Preiss & Peña, 2011). Asimismo, el predominio de una mirada occidental urbana, con énfasis en la perspectiva europea y norteamericana, se mantiene como una característica de la ciencia psicológica hasta la actualidad, emergiendo el desafío de generar nuevos conocimientos, a fin de contribuir en un escenario globalizado, en que las diferencias culturales, a la vez que se funden, se hacen visibles, las identidades se reconfiguran y emergen problemáticas propias del contacto interétnico (de Araujo, 2002; Landini, 2015).

En este sentido, muchos señalan la necesidad de desarrollar la discusión sobre lo étnico en el quehacer psicológico, cuestionando la noción de una psicología dominante que se pretende aplicable a diversos escenarios, con independencia de sus particularidades culturales (de Araujo, 2002).

La psicología de la salud intenta superar el paradigma biomédico, desmarcándose de una concepción organicista de la enfermedad, y configurando un enfoque que integra factores biológicos, psicológicos y sociales en la conservación y restablecimiento del bienestar (Vallejo, 2006), lo que le da potencial para un encuentro con la visión de salud propia de los pueblos originarios. Así, desde este campo, cobran relevancia aspectos socioculturales y demográficos, tales como la edad, el género, la clase social y la pertenencia étnica, surgiendo la necesidad de abordar el fenómeno de la salud y la enfermedad de manera interdisciplinaria y cualitativa, trascendiendo la marcada cercanía entre la psicología y las ciencias médicas, y estableciendo lazos con otras áreas de las ciencias sociales (Mebarak, et al., 2009).

En el ámbito de lo indígena, la interculturalidad se plantea como un acercamiento entre la medicina occidental y las medicinas tradicionales, con un doble fin simbólico y práctico, que, por una parte, busca el reconocimiento de la diversidad existente entre las distintas culturas, tanto en las formas de clasificar los problemas de salud mental, definir sus causas y establecer medidas terapéuticas, y, por otra, apunta a elevar las condiciones de vida de estas poblaciones (OMS, 1998). Igualmente, un enfoque intercultural se estima necesario para promover el conocimiento acerca de los sistemas locales de atención, y entregar

servicios de salud mental respetuosos de las tradiciones y conocimientos de las comunidades (Barriguet, Reartes, Venegas y Moro, 2003).

Siguiendo con lo anterior, desde la investigación aplicada, los resultados sugieren diversos lineamientos y estrategias para la acción en aquellos escenarios que enfrentan la compleja interrelación entre etnicidad y salud mental. Así, según Saravana et al. (2008), los servicios de salud necesitan reconocer el sistema indígena de salud y los modelos de enfermedad pertenecientes a cada cultura, con el fin de obtener una comprensión amplia de tales aspectos y optimizar la alianza terapéutica con quienes consultan. Junto con lo anterior, será fundamental identificar y comprender las normas culturales de cada comunidad, antes de asumir que una persona manifiesta síntomas de una enfermedad mental, evaluando los síntomas dentro del contexto cultural de la persona que solicita ayuda (Hart, Jorm, Kanowski, Kelly & Langlands, 2009). En esta línea, será necesario que los profesionales identifiquen la visión de los usuarios acerca del proceso de salud-enfermedad, así como del rol otorgado al entorno natural y social. Asimismo, resulta relevante el conocimiento sobre las diversas formas de vida existentes y las tradiciones de la comunidad, por cuanto representan elementos culturales que permitirán comprender cómo es vivida una patología de salud mental por quien consulta, y con qué recursos cuenta para recuperar bienestar (Hart et al., 2009).

Todo lo anterior ha destacado la importancia de contar con profesionales y técnicos culturalmente competentes, entendidos como agentes capaces de reconocer, aceptar y valorar las diferencias culturales. Para ello, la primera etapa consiste en reconocer la diversidad cultural, e identificar en qué medida los equipos de salud propician un clima de asimilación cultural, en que el usuario debe adaptarse a las normas institucionales. Dicha fase de reflexividad hará posible la erradicación de prejuicios y estereotipos, así como el incremento de la empatía hacia la comunidad. Finalmente, es posible acceder a una etapa de comunicación eficaz con los usuarios. No obstante tales recomendaciones, la información sobre el significado competencia cultural aún es escasa, así como las evidencias de su efectividad en el diseño de los servicios (Buhi, Warfa, Endonya, McKenzie & Bhugra, 2007).

Una estrategia eficaz para el desarrollo de servicios culturalmente apropiados ha sido la colaboración entre los servicios generales de salud mental y fuentes indígenas, observándose que el trabajo conjunto entre prestadores profesionales y tradicionales puede generar mayor cercanía en los usuarios y proporcionar una imagen más completa de la realidad de las personas en torno a su situación de salud mental (Isaacs et al., 2010; Isaacs, Maybery & Gruis, 2012). En este ámbito, consejeros indígenas recomiendan ampliar la concepción individual de salud, considerando aspectos tales como las redes de apoyo, el funcionamiento familiar, laboral y social. Asimismo, se ha sugerido la incorporación de la comunidad en la curación y la recuperación del bienestar, lo que resulta especialmente útil ante el limitado acceso de las comunidades a los servicios de salud (Hart et al., 2009; Mehl-Madrona, 2009; Villaseñor et al., 2008).

En relación a lo anterior, uno de los elementos básicos para brindar atención culturalmente adecuada consiste en facilitar el acceso a los servicios de salud, por cuanto la mayor parte de estos servicios especializados en salud mental se ubican en zonas urbanas, mientras que las personas pertenecientes a pueblos originarios residen mayoritariamente en sectores rurales, siendo preciso, en primer lugar, asegurar que las personas puedan llegar al lugar en donde se encuentran los profesionales (Zinck & Marmion, 2011).

En relación al contexto latinoamericano, en el año 1998, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] llevó a cabo el encuentro de trabajo llamado “Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas”, en el cual se definieron los siguientes lineamientos y objetivos para el logro de servicios de salud mental culturalmente adecuados (OMS, 1998):

- Obligación para los Estado miembros de promover la interculturalidad y el respeto hacia la cultura de los pueblos indígenas.
- Reconocer la importancia de la medicina tradicional en la entrega de servicios de salud mental.
- Establecer cooperación entre la medicina occidental y la medicina tradicional.
- Entrenar culturalmente a los trabajadores del área de salud mental.

- Mejorar el acceso a los servicios existentes, con el fin de resolver las actuales disparidades entre las comunidades indígenas y el resto de la población.
- Promover la descentralización y regionalización de los servicios de salud mental.
- Incorporación de servicios de salud mental en los establecimientos de salud primaria.
- Fortalecer la participación comunitaria en el diseño, administración y evaluación de los servicios de salud mental.
- Incorporarla noción de interculturalidad, factores asociados a la salud y enfermedad, y medicina tradicional en el currículum universitario.

No obstante, a más de una década de la entrega de tales directrices, no se han desarrollado programas específicos de salud mental para los pueblos indígenas de América Latina y, si bien numerosos países han creado unidades específicas para abordar la salud de los pueblos indígenas, estas no se han dirigido a la salud mental (Incayawar & Maldonado-Bouchardt, 2009). Así, llama la atención la postergación de la salud mental, en tanto una de las problemáticas más sentidas por los pueblos originarios guarda relación con la opresión y la discriminación social y racial de la que son objeto, con su consecuente impacto sobre el bienestar emocional (OMS, 1998).

En general, tanto las orientaciones institucionales como el sustento teórico para el desarrollo de servicios culturalmente apropiados aún son insuficientes, ante lo cual resulta necesario generar conocimiento sistematizado sobre las experiencias salud mental desarrolladas en contextos indígenas (Isaacs et al., 2010).

2. Salud intercultural en Chile

2.1 Sistema de salud chileno

El actual sistema de salud chileno está fuertemente marcado por la reforma llevada a cabo en los años 80's, en conjunto con una serie de reformulaciones sobre el rol del estado, desarrollados bajo la dictadura militar (1973-1990). En esa época, el país se orientó hacia una lógica privatizante y monetarista, que se plasmó en la reforma de salud a través de diversas medidas. Estas medidas involucraron la creación de 27 servicios de salud a lo largo del territorio nacional, con un significativo grado de autonomía financiero y

operacional, relegando al Ministerio de Salud a un rol fundamentalmente normativo. Asimismo, se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), con el fin de administrar los recursos provenientes de un descuento correspondiente al 7% del sueldo de los trabajadores, que, previamente, fueran administrados por el nivel central, representado por el Servicio Nacional de Salud. En 1981, se incorporan las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), encargadas de administrar el 7% salarial de quienes optaran por trasladar dichos fondos al sector privado. En paralelo, la administración de los centros de atención primaria, llamados consultorios, es traspasada desde el nivel ministerial al nivel municipal, completando una reforma que recortara en gran medida la participación del estado en asuntos de salud. Este paquete de medidas trajo aparejado una disminución sustancial de la inversión en salud (Azevedo, 1998).

Al contar con participación de actores públicos y privados, el caso chileno se sitúa dentro de los sistemas sanitarios pluralistas, caracterizados por priorizar la eficiencia y amplitud de la cobertura por sobre la equidad en la entrega de servicios. Una vía de producción de esta inequidad queda manifiesta al examinar la composición de los sistemas público y privado: la mayor parte de la población se encuentra afiliada al sistema de financiamiento público, incluyendo a pobres e indigentes, como a trabajadores contribuyentes y sus cargas, mientras que el quintil de mayores ingresos opta por derivar sus cotizaciones a isapres. A medida que se avanza por tramos de edad, la población tiende a concentrarse en FONASA, por cuanto la prima de las distintas isapres aumenta proporcionalmente con el riesgo de presentar enfermedades. En síntesis, el sistema público contiene a personas de menores ingresos y mayor riesgo de enfermedades, mientras que el sistema privado se mantiene con contribuyentes de altos ingresos y bajos riesgos médicos, generándose desigualdades que resultan insostenibles en el tiempo (Zúñiga, 2007).

Actualmente, el sistema de salud en Chile está regulado por el Ministerio de Salud, integrado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública y las secretarías regionales ministeriales. Dentro de sus funciones, el Ministerio de Salud es el organismo encargado de la elaboración de políticas, normas, planes y programas de carácter nacional, siendo labor de las secretarías regionales ministeriales su adecuación a la realidad local. La función operativa radica en los Servicios de Salud, de jurisdicción

provincial, encargados de la administración de los establecimientos de salud, entre ellos, los hospitales (Ley Orgánica del Sector Salud, 2004).

La atención primaria es administrada por los municipios desde 1980. En años recientes, el modelo de salud familiar ha orientado la política de salud primaria, transformado los consultorios en lo que hoy se denominan Centros de Salud Familiar (MINSAL, s.f.). Dichos centros operan bajo un modelo de atención con enfoque integral y familiar, el cual considera que la vía para mejorar la calidad de vida de la sociedad, es apoyar a la familia y sus integrantes en el desarrollo de habilidades para una vida saludable (García-Huidobro, 2010). De este modo, el modelo de salud familiar apunta a la resolución de uno de los mayores desafíos de la atención primaria, consistente en el logro del equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población, incrementar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, y controlar los costos de operación del sistema.

El sistema de salud muestra en general una fragmentación, producto de la división de funciones de aseguramiento, financiamiento y provisión de los servicios, de la incorporación competitiva de privados en la administración de los recursos y del traspaso de la atención primaria al dominio municipal. Este escenario ha complejizado el itinerario para implementar políticas públicas, en especial, aquellas con enfoque de derechos, por cuanto exceden la lógica de eficiencia que orientan el campo de la salud en Chile. En este sentido, el desarrollo de tales políticas requiere el alineamiento de los diversos actores sanitarios para la provisión de la salud entendida como un derecho, lo que se ve obstaculizado por la ausencia de mecanismos adecuados de coordinación entre estos. Es así como se ha detectado una falta de instrumentos de gestión para transversalizar políticas y programas a nivel regional, escenario en que la adherencia de los distintos niveles de atención a las nuevas orientaciones nacionales se promueve exclusivamente a través de convenios monetarios, en que la entrega de recursos queda sujeta al cumplimiento de metas, exigencias que, a menudo, se oponen a la realización de ajustes entre los servicios entregados y la realidad local (Cunill, Fernández & Vergara, 2011).

En relación al rendimiento del sistema de salud chileno, la discusión ha puesto el acento en diferentes aristas. Por una parte, la evaluación es positiva al referirse a indicadores de salud de la población, los que se ubican entre los mejores de Latinoamérica y se acercan a la realidad de los países desarrollados. Lo anterior es producto de una larga tradición de políticas públicas orientadas a ampliar la cobertura sanitaria y a elevar los indicadores de salud. Por otro lado, pese a los avances obtenidos en esta área, persisten intensas críticas en torno a la calidad y oportunidad de los servicios entregados por el sistema público, las que, a nivel operativo, harían alusión a la insuficiencia de las instalaciones, falta de equipamiento, la escasez de médicos generales y especialistas y otros profesionales, y a los largos tiempos de espera para recibir atención, situación que perjudica, especialmente, a los usuarios que se encuentran por debajo de la línea de la pobreza (Olavarría, 2005).

2.2 Antecedentes de la salud intercultural en Chile

Desde la década del noventa, Chile ha desarrollado estrategias, planes y programas orientados a adecuar la oferta de salud a los requerimientos y particularidades de los pueblos originarios, enmarcado en un contexto nacional e internacional que comienza a mostrar preocupación por el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas y el mejoramiento de su calidad de vida (Sáez, 2007).

Tras el retorno a la democracia, atendiendo al Acuerdo de Nueva Imperial celebrado en 1989 entre el entonces candidato a la presidencia, Patricio Aylwin, y representantes de organizaciones mapuches, huilliches, aymaras y rapanui, se inicia una etapa en que el Estado se compromete a propiciar el desarrollo económico, social y cultural de los pueblos originarios (Acta de Compromiso, 1989).

La primera experiencia de trabajo con salud intercultural en Chile, corresponde al Programa de Salud Mapuche (PROMAP) del Servicio de Salud Araucanía, desarrollado en el año 1992 con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud disponibles para la población mapuche residente en la región. Este programa es reconocido por incorporar la figura del Facilitador Intercultural, como un agente de origen indígena, conocedor de su cultura, que se integra al equipo de salud con el fin de orientar las acciones en materia de

salud intercultural, y otorgar acompañamiento a los usuarios mapuches (Servicio de Salud Talcahuano, 2012).

La formalización de iniciativas como el PROMAP dentro de las políticas públicas se ve impulsada tanto por la promulgación de la Ley Indígena en 1993, que señala la responsabilidad del Estado y de sus instituciones en el reconocimiento, respeto y protección de las culturas indígenas, como por el llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) efectuado en el mismo año, en conjunto con la Organización Panamericana (OPS) de la Salud, a avanzar desde los ministerios en la generación de estrategias nacionales en materia de salud de los pueblos indígenas (Sáez, 2007). Este llamado se plasma en la Resolución V de la OMS/OPS, mediante la cual se instala la iniciativa de “Salud y Pueblos Indígenas en las Américas (Bolados, 2012).

Recogiendo los mandatos nacionales e internacionales, y tras reconocer las necesidades específicas de salud presentadas por los pueblos originarios, el Ministerio de Salud implementa el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en el año 1996, orientado a dar pertinencia cultural a la atención y 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 (Ministerio de Salud [MINSAL], 2009a).

En la actualidad, el PESPI se encuentra implementado en 25 de los 29 servicios de salud del país, mediante la acción de los equipos y autoridades de salud, junto con la participación de representantes de los pueblos originarios reconocidos por la Ley Indígena (Servicio de Salud Talcahuano, 2012).

Finalmente, los diversos lineamientos y orientaciones técnicas planteadas hasta la fecha dieron lugar a la formulación de una 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 es descrito como “la construcción de un modelo de salud intercultural, bajo los principios de equidad y participación” (MINSAL, 2006a).

2.3 Marco normativo de la Salud Intercultural en Chile

La situación general de los pueblos indígenas en Chile se encuentra regulada por la Ley 19.253, o Ley Indígena, promulgada en el año 1993 bajo el gobierno de Patricio Aylwin. Esta ley insta normas sobre fomento, protección y desarrollo indígena, y establece la puerta de entrada para el reconocimiento constitucional de los pueblos originarios y la ratificación del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Mediante esta Ley, el Estado reconoce como principales etnias indígenas del país a la Mapuche, Aimara, Rapa Nui, Atacameñas, Quechuas, Collas y Diaguita, además de las comunidades Kawashkar y Yámana de los canales australes (Ley Indígena, 1993).

El contexto político-social de esta ley está enmarcado por la consolidación de un modelo económico neoliberal, en que el país busca incorporar a los pueblos indígenas en su proyecto modernizador, mediante el diseño de programas de desarrollo “con identidad” (Boccaro, 2007). En concordancia, la planificación nacional en torno a los pueblos originarios ha seguido una perspectiva marcadamente multiculturalista, estando orientada al restablecimiento de los derechos individuales y al logro de una convivencia funcional al proyecto de desarrollo, sin abordar los factores que han dado origen a la precaria situación vivenciada por los pueblos indígenas. Desde dicha perspectiva, temáticas como la autodeterminación de los pueblos originarios han sido excluidas de la discusión, con lo cual el conflicto político-cultural ha sido significativamente invisibilizado.

El convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, es ratificado tardíamente por el Estado en el año 2008, incorporándose al ordenamiento jurídico como Ley de la República. Entre otros aspectos, la ratificación del convenio vincula al Estado en la labor de generar servicios de salud que cuenten con la participación de los pueblos indígenas, considerando tanto sus condiciones socioculturales, así como sus propias prácticas curativas (Ministerio de Planificación [MIDEPLAN], 2008).

Por su parte, la Ley Orgánica del Sector Salud (2004) incorpora como una de las funciones del Ministerio de Salud la formulación de políticas que permitan implementar un enfoque intercultural en salud en aquellas comunas con alta densidad de población indígena. En respuesta, el Ministerio de Salud aprueba la Norma General Administrativa

Nº16 sobre interculturalidad en los servicios de salud, mediante la cual el sector se compromete en el reconocimiento y protección de los sistemas de salud de las agrupaciones indígenas y sus agentes tradicionales reconocidos comunitariamente (MINSAL, 2006b).

Los programas de salud relacionados con los pueblos originarios están orientados por los lineamientos de la Política de Salud y Pueblos Indígenas, cuyo propósito central es contribuir al mejoramiento de la situación de salud de estos últimos, a través del desarrollo de un modelo de salud con enfoque intercultural. Como principales objetivos, establece la construcción participativa de un modelo de salud con enfoque intercultural, la incorporación de criterios de pertinencia cultural a las inversiones y desarrollo de modelos médico-arquitectónicos para establecimientos de salud, y el mejoramiento de la pertinencia cultural de las acciones en salud, mediante la formación y desarrollo de los recursos humanos (MINSAL, 2006a).

En el ámbito internacional, dentro de los instrumentos vigentes, destaca la Resolución V de la OPS/OMS, aprobada en 1993, la cual insta a los gobiernos miembros a generar instancias técnicas para la formulación de políticas y estrategias de salud y medioambiente, fortalecer las instituciones encargadas de la salud de los pueblos indígenas, y elaborar modelos alternativos de atención, con incorporación de las medicinas tradicionales. Asimismo, se impulsa el diseño de programas de prevención y promoción para abordar los problemas de salud que más afectan a las poblaciones indígenas (Organización Panamericana de la Salud [OPS] & OMS, 1993).

Por su parte, la Organización de Naciones Unidas inauguró el Segundo Decenio Internacional para los Pueblos Indígenas del mundo, establecido para el periodo 2005-2014, cuya proclamación es resultado de la demanda de los propios pueblos originarios. En el ámbito de la salud, este Segundo Decenio se orientó a mejorar el acceso, documentar la situación de salud, promover la consulta y participación de los pueblos originarios y diseñar medidas para abordar graves problemáticas que afectan la salud de estos, tales como la degradación ambiental y las enfermedades infecciosas (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2005).

No obstante el amplio número de instrumentos que avalan la incorporación del enfoque intercultural, el escaso desarrollo conceptual de dicho enfoque ha dado lugar a significativas inconsistencias. En este sentido, los organismos promueven la implementación de un modelo de atención respecto del cual no existe una definición clara, lo que supone múltiples vacíos e interrogantes a la hora de su operativización. Por otra parte, la búsqueda de la equidad en salud, objetivo propio de una perspectiva intercultural, aparece como contradictoria dentro de un contexto nacional que continúa marcado por una perspectiva multiculturalista, desde la cual los elementos estructurales que subyacen a la preocupante situación de salud de los pueblos originarios no son atendidos.

2.4 Experiencias de salud intercultural en Chile.

Investigaciones realizadas en la última década representan un acercamiento hacia la comprensión de cómo se ha implementado el enfoque de salud intercultural en Chile. Estas se han dirigido hacia la caracterización y evaluación de las experiencias prácticas desarrolladas, recogiendo la opinión de directivos, equipos de salud y usuarios.

El estudio realizado por Alarcón et al. (2004) busca conocer la opinión de usuarios y proveedores de las comunas de la novena región con mayor concentración de población mapuche, sobre una política orientada al logro de una atención culturalmente apropiada. Los resultados indican áreas de consenso entre usuarios y proveedores, así como también importantes puntos de desacuerdo.

Usuarios y proveedores coinciden en torno al significado práctico de la salud intercultural, concebido como la incorporación de facilitadores interculturales y agentes terapéuticos tradicionales, así como la integración de prácticas tradicionales y el empleo de la lengua mapuche en el sistema de atención. Asimismo, existe acuerdo respecto de los elementos simbólicos para el desarrollo de la política de salud intercultural, relacionados con el aumento del conocimiento sobre la cultura mapuche, así como una actitud de respeto y flexibilidad ante la diversidad cultural.

En relación a los desacuerdos, mientras los proveedores no justifican la elaboración de una política especial de salud para las comunidades indígenas, los usuarios consideran que tanto su condición étnica, como la inequidad respecto a la atención en salud requieren estrategias culturalmente pertinentes.

Por otra parte, los usuarios identifican como obstaculizadores para el desarrollo de una política de salud intercultural la falta de voluntad de los directivos de salud, la indiferencia de la población y la discriminación de los equipos de salud hacia la población indígena, lo cual no es reconocido por los prestadores, quienes consideran como principal barrera la falta de formación sobre la cultura mapuche.

Por otra parte, Mignone, Barlett & O'Neil (2005) desarrollaron un estudio sobre “prácticas modelo en salud intercultural” en distintos países del Cono Sur. En Chile, fueron abordadas las experiencias del Hospital Makewe-Pelale y Centro de Salud Boroa-Filulawen, ambos situados en la novena región. Como propósito, se buscó caracterizar y evaluar dichas iniciativas en torno a criterios tales como tipo de servicios otorgados, modelo de administración, obstaculizadores, oportunidades y beneficios reportados.

Los resultados señalan que las experiencias consideradas corresponden a centros administrados por organizaciones indígenas, que ofrecen atención de salud occidental, e incorporan prestaciones tradicionales dentro del plan de atención general.

Como potencial obstaculizador, se visualiza la ambigüedad de la legislación referida a asuntos interculturales, lo cual conlleva un grado de riesgo para la consolidación y continuidad de las iniciativas de salud intercultural si tuviera lugar un cambio en la postura gubernamental.

En relación a los beneficios otorgados, se observa que ambas experiencias han propiciado un mejor acceso de las comunidades mapuche a atención de salud occidental y tradicional. A la vez, han contribuido a un nuevo diálogo sobre el valor de la medicina tradicional y la responsabilidad de la dirigencia indígena en temas de salud, fortaleciendo el rol político de las comunidades.

Asimismo, Torri (2012b) analiza el caso del hospital de Makewe, con el propósito de indagar críticamente el enfoque estructural de la política multicultural chilena, y conocer los resultados de su implementación. Una de las características más relevantes del hospital de Makewe es la importante participación de representantes de las comunidades mapuche en su administración. En relación a los miembros de las comunidades, si bien no tienen participación directa, estos cuentan, en principio, con diversos mecanismos para evaluar los servicios.

En relación a la política multicultural chilena, este estudio arroja que, si bien el núcleo de la salud intercultural, tal como ha sido definida por el Estado, es la complementariedad entre modelos de salud, las orientaciones técnicas formuladas no proporcionan lineamientos para lograr tal complementariedad. A la vez, las comunidades no logran consenso en relación a las implicancias prácticas de la salud intercultural. Este vacío ha dado lugar a diversas interpretaciones y decisiones respecto de cómo delimitar la salud intercultural.

En la actualidad, la experiencia del Hospital de Makewe es reconocida como una oportunidad para que las comunidades puedan obtener una atención de salud ajustada a sus propias necesidades, mediante la elaboración de proyectos que incluyen prestaciones tanto de medicina tradicional como de medicina occidental. Dentro de estos proyectos, los mapuches impulsan la revalorización de su medicina.

En general, esta iniciativa ha representado una experiencia exitosa, que permite expandir una cultura de derechos, en que los usuarios no sólo valoran el acceso a una atención oportuna y efectiva, sino también la posibilidad de contar con un servicio libre de discriminación.

Lo anterior permite observar que la construcción del campo de la salud intercultural en Chile, lejos de devenir en un consenso, ha sido un largo proceso en que los agentes involucrados han expresado posturas divergentes.

De acuerdo al estudio realizado por Alarcón, et al. (2004) en la IX región de Chile no existe acuerdo entre usuarios y prestadores respecto de la justificación de una política especial de salud para pueblos indígenas, por cuanto los prestadores consideran que la

población mapuche no presenta desventajas comparativas frente al resto de los usuarios. Asimismo, los prestadores desestiman la entrega de una atención discriminatoria, lo cual es señalado por la población mapuche como una de las principales barreras para obtener una mejor atención en salud.

En cuanto a las tensiones existentes entre los usuarios y el Estado, éstas se enmarcan en el modo en que ambos actores se han relacionado a lo largo de la historia. Por una parte, si bien el concepto de salud intercultural hace alusión a un ideal de complementariedad y participación, este no se ha dado de manera igualitaria, por cuanto el Estado, así como el sistema médico oficial, han definido cómo se insertan las medicinas tradicionales dentro del aparato de salud pública y, asimismo, de qué manera los usuarios participan en la elaboración de las políticas referidas a la materia (Boccaro, 2007; Boccaro & Bolados, 2008; Torri, 2012a). Frente a lo anterior, los usuarios han planteado la necesidad de incrementar su nivel de participación y, a la vez, de contar con más autonomía en la definición del tipo de salud que desean recibir (Torri, 2012b).

Asimismo, se ha criticado la ausencia de las demandas territoriales y ambientales dentro de la planificación en salud intercultural, así como la omisión acerca de las causas que han generado la situación de pobreza y exclusión que afectan a los pueblos originarios. En este sentido, se ha planteado que el escenario de reconocimiento hacia las etnias que habitan en Chile, lejos de dar respuesta a las demandas de los pueblos indígenas, ha dado lugar a un nuevo modo de administrar la diversidad, en que el Estado favorece la expresión de ciertos derechos, y excluye aquellos que se contraponen con el orden político y los intereses económicos del país (Boccaro, 2007; Boccaro & Seguel-Boccaro, 1999; Bolados, 2012).

Finalmente, se ha señalado que el campo de la salud intercultural se ha planteado como una metodología que hace posible la complementariedad entre modelos médicos, sin mencionar que, desde antaño, los pueblos originarios han desarrollado prácticas de salud tanto en el sistema tradicional como en el oficial, redefiniendo sus propias cosmovisiones sobre salud y enfermedad. Bajo esta consideración, es posible visualizar que, tras la formulación de políticas de desarrollo con identidad, no se “crea” la interculturalidad, sino

que se configura un modo de institucionalizarla en función de parámetros definidos por el Estado (Boccaro, 2007).

3. Pueblo Mapuche

3.1 Antecedentes histórico-sociales

Los mapuches, o “gente de la tierra”, corresponden a un pueblo localizado en el centro sur de Chile, en la zona comprendida entre el río Bío Bío y el archipiélago de Chiloé. De acuerdo a su ubicación, se han clasificado en torno a cuatro identidades territoriales: los Pehuenches, en el Este cordillerano; los Picunches, hacia el Norte; los Lafquenches, hacia el borde costero, y los Huilliches, hacia el sur. Tras diversos cambios sociopolíticos, los mapuches asentados en zonas rurales han desarrollado una economía de subsistencia, basada en la actividad agropastoril intermedia, en la cual destaca el cultivo de hortalizas y el pastoreo de pequeños rebaños. Esta fuente se complementa tradicionalmente con la producción de artesanías, entre las cuales sobresalen los tejidos, la orfebrería y la cerámica (Grebe, 1998). Los mapuches son descendientes de las primeras poblaciones que arribaron al sur de América, y que se establecieron hace unos 11 mil años en la zona central del Chile actual. Aunque el origen de los mapuches es motivo de investigación y controversia, en general, se acepta que procesos de etnogénesis relacionados con los primeros pobladores del extremo sur de América dieron nacimiento de la cultura mapuche, unos mil años atrás (Tom Dillehay, 1990, citado en Marimán, 2012).

Marimán (2012) explicita que se debe hacer una diferenciación entre el pueblo mapuche prehispánico y el contemporáneo, debido a que estos últimos presentan altos grados de mestizaje, que funda la base del mestizaje hispano-mapuche que caracteriza a los chilenos. De este modo las diferencias estarían focalizadas en el terreno de la subjetividad y la etnicidad. Así los mapuches aún conservan trazas de un lenguaje propio, ceremonias religiosas y curativas, entre otros, los mapuches no reniegan de éstas precondiciones étnicas diferenciales, cuestión que ha permitido un proceso de reproducción cultural, a pesar de que muchos de ellos muestren avanzados procesos de aculturación; no obstante, las precondiciones étnicas diferenciales campesino-mapuche han mostrado un éxito relativo en

resistir los intentos asimiladores o integradores de la sociedad estatal y nacional a través de la escuela rural, la iglesia, los partidos políticos, y otras múltiples instituciones.

A la llegada de los hispanos europeos, los mapuches conformaban una sociedad patrilineal y patrilocal descentralizada, que no reconocía una forma estatal de organización política. Era más bien una sociedad de familias extendidas, donde pequeños liderazgos locales, asociados a grupos de parentesco, constituían la estructura político administrativa; estos liderazgos sellaban alianzas frente a peligros comunes, pero pasadas las dificultades volvían a un estado anterior (Marimán, 2012). No obstante, argumenta Marimán (2006) los conocimientos ancestrales mapuches se institucionalizaron, creando un sistema cultural que permitió al Pueblo Mapuche proyectarse en el tiempo, y que contribuyó a la unidad territorial (Wichan mapu) del extenso territorio ocupado por los mapuches, en donde el idioma y la cultura conformaron elementos aglutinadores, aunque diferenciados por el predominio de sus actividades productivas ajustadas a ecosistemas diversos. De este modo, las relaciones interétnicas entre distintas colectividades indígenas estuvieron relacionadas desde mucho antes de la llegada de los españoles.

Su estructura social ha sido tradicionalmente de carácter patrilineal, la cual se refleja en los principios de integración y residencia. La autoridad principal es representada por el lonco, cuya designación se sucede de padres a hijos. De acuerdo a la norma ancestral, el sucesor natural es el hijo mayor; no obstante, este nombramiento debe contar con la aprobación de la comunidad. Las comunidades tradicionales se constituyen por varias familias extensas, formadas por una o más familias nucleares, incluyendo parientes políticos (Ruiz, 2003).

Si bien la resistencia indígena de los mapuches se caracterizó por ser más hostil que en otros territorios conquistados por españoles, estos fueron incorporados a la sociedad colonial a través de las instituciones de la encomienda y la mita en el centro-norte del país. La frontera con los mapuches se delimitó al sur en el Río Bío Bío y con ellos se mantuvieron relaciones de intercambio y negociación a través de los parlamentos indígenas (Marimán, 2006). Durante más de tres siglos, luego de la invasión española, los mapuches mantuvieron autonomía considerable sobre la región al sur del río Bío Bío. No obstante,

tras la declaración de la independencia, el Estado de Chile inicia una intensa campaña para colonizar su territorio y someter a los mapuches al nuevo ordenamiento político-jurídico (Bengoa, 2000).

En los siglos XVII y XVIII se consolidan las colonias españolas sobre la base de relaciones de negociación con los mapuches al sur de la frontera, además de la ampliación del mestizaje y las relaciones de dominación (Marimán, 2012). Cabe destacar, en este sentido, que existía un reconocimiento de la soberanía de la Nación Mapuche (Wallmapu) por parte de las autoridades coloniales, quienes mantenían relaciones de alianza e intercambio económico con los comuneros (Marimán, 2006).

Hacia principios del siglo XIX se emprende la consolidación de Chile como estado nacional en un territorio definido y a través de la conformación de una “etnia nacional” criolla, que conllevó a la asimilación étnica de poblaciones marcadamente diferenciales durante la colonia, que, culturalmente, estaban gobernadas por elementos europeos hegemónicos y por la creación de una nueva institucionalidad y centralidad del poder (Marimán, 2012). Hacia la segunda mitad del siglo XIX, Chile, como estado nación, comienza a asimilar y dominar a los mapuches al sur del Bío Bío, de modo que sus fronteras son reducidas como parte de la incorporación territorial que emprenden Argentina y Chile en el proceso de fijar sus fronteras nacionales, y son incorporados como parte de la población nacional. Así, la sociedad mapuche es nuevamente sometida a un proceso de “colonialismo interno”, encabezado por las emergentes naciones a través de la ocupación militar del territorio mapuche, fenómeno conocido como “Pacificación de la Araucanía”, con el cual se promulgan leyes de propiedad indígena particular y fiscal, la instauración de reducciones, y el incentivo a la colonización nacional y extranjera de dichos territorios, lo que significó para los mapuches perder la última porción de territorio soberano e independiente (Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Alianza Territorial Mapuche [CEPAL-ATM], 2012).

En adelante, y tras la pérdida de sus tierras, los mapuches experimentaron un cambio forzado en sus formas de vida, viendo alterada su estructura social, y pauperizadas sus condiciones de vida, situación que persiste hasta la actualidad (Bengoa, 2000). Los

enclaves militares y misioneros jugaron un papel muy importante a nivel logístico y de inteligencia para la expansión territorial chilena sobre el territorio mapuche, de modo de incorporarlas como participes del circuito económico nacional (Marimán, 2006).

A partir de 1900, tiene lugar un proceso de incorporación subordinada y de asimilación del pueblo mapuche a la sociedad nacional, generándose distintas reivindicaciones a lo largo del siglo XX, que han marcado la relación con el Estado (Gobierno de Chile, 2008).

La radicación de las comunidades mapuches en reducciones produjo efectos adversos para los ámbitos tradicionales del pueblo mapuche, lo que explica la desigualdad territorial, la exclusión social y la pobreza en la que actualmente viven las comunidades mapuches. De este modo, la reducción forzó la sedentarización de grupos de parentesco trashumantes a espacios reducidos, limitó la cantidad de tierra disponible, desconoció territorios ancestrales, y reorientó la actividad ganadera a la agrícola, provocando una campenización de los mapuches y la desaparición de la propiedad común de la masa ganadera. Asimismo, transformó la organización social basada en el parentesco, ya que en las reducciones se mezclaron arbitrariamente distintas familias, y las autoridades tradicionales perdieron su autoridad política al no poder reasignar nuevos terrenos a los miembros de su colectividad. De este modo, los mapuches quedan sujetos a la leyes del Estado chileno como cualquier otro ciudadano nacional (CEPAL-ATM, 2012). Este proceso de expoliación continuó entrado el siglo XX por el Estado chileno, de modo que las tierras titulares de los mapuches se redujeron casi a la mitad a través de compras fraudulentas, prácticas de corridas de cerco y matonaje por parte de terratenientes (Marimán, 2012).

Una época de particular interés en la relación entre el pueblo mapuche y el Estado corresponde al período de dictadura militar iniciado en 1973, debido a la reconfiguración profunda que viviera el país, asociado al auge de la propiedad privada y la instauración de un modelo económico capitalista. Durante este período, las sociedades agrícolas de cooperación, basadas en una identidad mapuche-campesina, fueron objeto de represión y atomización de las fuerzas armadas, siendo una de las principales líneas de acción impulsadas por la administración central la consolidación de la división de tierras (Bengoa & Caniguan, 2011).

El advenimiento de la democracia auspició expectativas para los mapuches, debido a que existían sectores políticos que estaban sensibilizados con las demandas indígenas. En 1993 se promulga la Ley Indígena (19.253) que reconoce las tierras mapuches como no enajenables ni embargables, y que permitía su venta o transacción únicamente entre indígenas; si bien esta ley no modificó la estructura individual de la propiedad de la tierra, permitió configurar nuevas comunidades a través de la asociación con otros indígenas, sin perder su condición individual de propietarios, los cuales se someten a un régimen de asociación colectiva como organización bajo el reconocimiento de parentesco común, un líder ancestral común, o la existencia de un título de propiedad común previo. El establecimiento de dichas comunidades posibilita la exigencia al Estado de la restitución de tierras para suplir la usurpación de las propias ancestrales, proceso que fue liderado por la creación de la Corporación de Desarrollo Indígena [CONADI] (Aylwin, 2007).

No obstante las expectativas cifradas en la promulgación de la Ley Indígena, como herramienta de protección y defensa de los derechos indígenas durante el período de los gobiernos de la Concertación, los derechos indígenas seguirán supeditados al desarrollo productivo vinculado a la economía mundial. Así, la creación de la CONADI se posiciona como un órgano ejecutivo en donde la participación de organizaciones mapuches se constituyó como meramente consultiva (Aylwin, 2007).

En este contexto, se agudiza la movilización mapuche en la defensa de los derechos territoriales, los cuales fueron constantemente amenazados por las inversiones forestales y usurpaciones de agricultores no mapuches. Organizaciones mapuches emprenden “estrategias de desobediencia civil” que incluyeran protestas, tomas de fundos, bloqueo de caminos y acciones de fuerza en contra de bienes (maquinarias y plantaciones forestales), lo que generara un clima de tensión y criminalización en contra de comuneros a través de la aplicación de la Ley de Seguridad Interior del Estado (N° 12.927). A fines de los años noventa, comienza un nuevo ciclo de movilizaciones que desembocará en el denominado “Conflicto Mapuche”, en el contexto de los conflictos por la construcción de represas hidroeléctricas en Alto Bío Bío, además de la deslegitimización de la Ley Indígena y CONADI, sumado a una serie de fenómenos ligados a la modernización neoliberal (Levil, 2006).

El gobierno de Ricardo Lagos augura una “política de nuevo trato” con los pueblos indígenas, y con ello se crea la Comisión Histórica y Nuevo Trato [CHNT] en 2001, como una necesidad de revisar la relación entre los pueblos indígenas y el Estado chileno. No obstante, el proceso de criminalización de la protesta mapuche se vuelve aún más complejo con la aplicación de la Ley Antiterrorista. Esta coyuntura es denunciada por organizaciones mapuches y de derechos humanos a entidades internacionales, quienes coinciden en identificar la existencia de múltiples situaciones de discriminación étnica, cultural, económica y social que afectan a los pueblos indígenas en Chile, además de señalar las limitaciones que configuran el ordenamiento jurídico para el reconocimiento y la protección de los derechos indígenas (Aylwin, 2006).

Si bien la CHNT advierte los mismos ejes que los organismos internacionales en términos de necesidad de protección y promoción de los derechos indígenas, el gobierno de Lagos no introduce las reformas jurídicas ni políticas propuestas por ambas instancias, y la denominada “política del nuevo trato” se ve entrampada en la contradicción y la ambigüedad entre discurso y práctica (INDH, 2013).

De este modo, la no existencia de un reconocimiento constitucional del Pueblo Mapuche desconoce su cultura (costumbres, cosmovisión y usos), además de la necesidad de reconocer sus derechos colectivos sobre la tierra, el territorio y la autodeterminación, ya que el actual conflicto mapuche no es un problema de pobreza o un problema judicial de violencia, sino que es un problema político que tiene que ver con el reconocimiento de su existencia como pueblo (INDH, 2013).

Sin embargo, los indicadores convencionales sobre la medición de la pobreza e indigencia de los pueblos indígenas han demostrado que las políticas implementadas por los gobiernos democráticos desde los años noventa han tenido un impacto positivo sobre las condiciones generales de vida de los indígenas, a pesar de que persiste una correlación importante entre pobreza y etnia (CEPAL- ATM, 2012). Estas políticas han permitido el desarrollo de acciones sectoriales (programas de salud, educación, vivienda, desarrollo productivo) que, a pesar de contribuir, son todavía insuficientes para superar las brechas de

inequidad experimentadas por los mapuches, y sólo enfrenta la dimensión individual de sus derechos y no su naturaleza colectiva como comunidad y pueblo.

Hasta la fecha, las principales demandas del Pueblo Mapuche no han sido legitimadas, encontrándose entre ellas la autonomía territorial. El Estado ha administrado la situación del pueblo mapuche mediante la formulación de políticas de desarrollo local, a la vez que ha judicializado el conflicto, manteniendo una postura que se presenta como contradictoria con el logro de una mejor calidad de vida para los pueblos originarios. En este contexto, las acciones reivindicatorias han sido desarrolladas especialmente por comunidades rurales, las cuales cuentan con supervisión policial, viendo a muchos de sus líderes sometidos a procesos penales (Bengoa & Caniguan, 2011).

En cuanto a la Provincia de Arauco, esta alberga comunidades rurales que se mantienen activas en torno al levantamiento de demandas territoriales, desarrollando acciones reivindicatorias, especialmente, en la comuna de Tirúa y zonas aledañas al lago Lleu-Lleu. Dicho sector concentra un foco importante de enfrentamientos entre personal policial y miembros de las comunidades, dando lugar a un clima permanente de violencia.

3.1 Antecedentes sociodemográficos de la población indígena de Chile

A partir de 1992, el Censo de Población y Vivienda aplicado en Chile incorpora una pregunta para identificar a la población indígena del país, con el propósito de conocer su magnitud y características. La pregunta utilizada fue “Si Ud. es chileno, ¿se considera perteneciente a alguna de las siguientes culturas?”, mientras que las respuestas daban opción de responder adscripción con las tres etnias mayoritarias en Chile (mapuche, aymara y rapanui). En el Censo 2002, ante la misma pregunta, se dispuso de ocho opciones de acuerdo a las etnias reconocidas en la legislación vigente de la época, lo que modificó significativamente los porcentajes de las variables estudiadas, dificultando un análisis exhaustivo en términos de comparaciones con años anteriores a 2002 (Figuroa, 2012).

Los últimos datos censales disponibles, correspondientes al censo realizado en el año 2002, señalan que un 4,6% de la población nacional declara pertenecer a alguno de los ocho

pueblos considerados en el instrumento (mapuche, aymara, atacameño, rapanui, quechua, yámana y alacalufe), concentrándose en las regiones IX, Metropolitana, X y VIII. La distribución según su pertenencia étnica es heterogénea, sobresaliendo, en primer lugar, una elevada proporción de población mapuche, correspondiente al 87% del total de la población que se declarara perteneciente a alguna etnia (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2002). No obstante, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) indicaría que la auto-adscripción indígena correspondería a un 6,9% de la población nacional en 2009, y a un 8,1% en 2011, porcentaje que correspondería a 1.369.563 personas, en donde los mapuches representarían al 86,4%. Los datos arrojados por la CASEN (2011) indican además, una disminución de la población indígena en zonas rurales, de un 31% en 2009 a un 26,6% en 2011.

La población indígena en la Región del Bío Bío corresponde al 5,2%, y se ubica en la sexta posición más baja de concentración de ésta (CASEN, 2011). En esta línea, las regiones de mayor concentración de población indígena en términos porcentuales a la población regional no indígena al año 2011 son Araucanía, Arica y Parinacota, Aysén y Los Lagos. Dentro de la Provincia de Arauco, un 13,4% de sus habitantes corresponde a población mapuche, la cual se concentra principalmente en las comunas de Tirúa y Cañete, con un 47,9% y un 20,7%, respectivamente (INE, 2002). La población indígena declarada en Cañete para el 2011 corresponde al 40% de su población comunal, lo que equivale a 13.630 personas. En Tirúa, esta corresponde al 42% de la población comunal, lo que equivale a 4.495 personas (CASEN, 2011).

La situación de pobreza de los pueblos indígenas en Chile es una variable constante a través de los años. Si bien se observa una disminución en términos porcentuales al observar mediciones de CASEN durante 2003, 2006 y 2009, la prevalencia de la pobreza en población indígena es mayor a la pobreza en población no indígena (Figueroa, 2012). En términos de pobreza extrema, CASEN 2011 identifica que dentro de ella el 4,3% de la población en esta categoría serían personas indígenas.

La tasa de analfabetismo en población indígena ha decrecido a nivel nacional de un 6,1% en 2009 a un 5% en 2011; sin embargo, dicha tasa sigue siendo más alta en población

indígena que no indígena (3%), lo que se suma a su predominancia rural (10,9%) versus zonas urbanas (2,9%). En términos de años de escolaridad la población indígena promedia los 9,3 años en 2011, y no representa un cambio significativo en comparación a la medición de 2009 (9,1 años). No obstante, los porcentajes entre años de escolaridad de la población indígena aumentan en términos de la caracterización en quintiles de ingreso, de modo que el quintil más bajo, posee un promedio de 8 años de escolaridad, mientras que el quintil más alto, posee un promedio de 12,1 años de escolaridad. Además, el porcentaje mayor de nivel educativo es el de básica incompleta (21,2%) y media humanista completa (17,8%), y sólo un 6,6% presenta un nivel técnico superior o profesional completo (Ministerio de Desarrollo Social, 2011).

De acuerdo CASEN del año 2006, el índice de pobreza en la población mapuche de la Provincia de Arauco supera en más de 13 puntos porcentuales al observado en la población no indígena, diferencia que alcanza los siete puntos porcentuales en las comunas de Tirúa y Cañete. Esta brecha se repite en los niveles de analfabetismo en el segmento etario mayor de quince años, así como también en los niveles de escolaridad.

Respecto a la participación económica, la población mapuche de la provincia se encuentra dedicada, principalmente, a actividades agropecuarias y, en menor medida, a los servicios sociales, comunales, y al comercio (MIDEPLAN, 2006).

Finalmente, en cuanto al sistema previsional de salud, los resultados muestran que la mayor parte de la población mapuche se encuentra afiliada al Fondo Nacional de Salud (FONASA), contando con acceso gratuito a atención dentro de la red pública (MIDEPLAN, 2006); en términos nacionales de adscripción al sistema previsional de salud el 91% de la población indígena adscribe al sistema público (CASEN, 2011).

3.2 Cosmovisión y sistema de salud mapuche.

La cosmovisión mapuche proporciona un modelo explicativo del universo, plasmada en una construcción cultural simbólica. Este modelo explicativo comprende un complejo conjunto de mitos y creencias, cosmología y prácticas rituales que han logrado mantener su continuidad a pesar del proceso de asimilación cultural experimentado por el pueblo mapuche (Grebe, 1998). Dicho modelo explicativo plantea una mirada sobre la estructuración del mundo y la interrelación entre todos sus elementos, incluyendo un relato acerca de la vinculación existente entre los seres humanos, la tierra y el medio.

La noción de salud, por su parte, ocupa una posición central dentro de la visión de mundo mapuche, puesto que el ordenamiento universal propuesto comprende como elemento fundamental la regulación o equilibrio entre diversos tipos de energías presentes en la tierra, equilibrio que se encuentra estrechamente ligado a la conservación del bienestar y la prosperidad de la comunidad y el hábitat natural. Como contraparte, se verá que la ruptura de dicho equilibrio impactará en la salud, estimulando la enfermedad.

Así, a la vez que visión de mundo, la filosofía mapuche sirve de marco interpretativo acerca del origen y significado del malestar, orientando el diagnóstico y tratamiento a partir de creencias y conocimientos cultivados desde tiempos ancestrales, configurando un sistema de salud tradicional propio (Quidel, Caniullán, Pichinao y Mellico, s.f.).

De acuerdo a la tradición oral, el cosmos se compone de segmentos estratificados, dominados por potencias sobrenaturales tanto benéficas como destructivas. Tales segmentos configuran el universo mapuche, el que está habitado por espíritus naturales y humanos (Grebe, 1998). Desde la perspectiva mapuche, tanto las personas, como las aguas, el viento y los cuerpos celestes son considerados fuerzas vivas pertenecientes al universo pensado en forma de globo. Cada ser vivo corresponde a un espíritu o fuerza de igual relevancia entre sí, de manera que todas las formas de vida presentes en el universo revisten el mismo valor. Esta idea de igualdad entre los seres constituye una creencia básica de la cosmovisión mapuche (Caniullán, 2000).

Con los primeros asentamientos y la observación de la naturaleza, los antepasados formularon leyes y pautas de comportamiento destinadas a prolongar la relación de equilibrio entre los seres humanos y las demás energías. Este código de comportamiento, conocido como *Ad mapu*, indica un camino sobre cómo relacionarse consigo mismo, la familia, la comunidad y la tierra. Dentro del *Ad mapu*, los seres humanos se conciben como hijos de la tierra, hermanados con todos los demás elementos presentes en ella, estando ausente la idea de propiedad o dominio sobre la naturaleza. Al ser considerados energías equivalentes, el mapuche está llamado a mantener una relación de cuidado y respeto con todo aquello que le rodea, siendo este el principio fundamental para conservar la armonía y el bienestar. Así, al cortar una planta o sacar agua de un río, es necesario pedir autorización y agradecer a su espíritu, como una forma de regular las energías positivas y negativas del cosmos. Al quebrantar estos códigos y alterar la homeostasis del universo, el individuo queda expuesto al malestar y la enfermedad (Marileo, 2009).

Así, el pueblo mapuche concibe la salud como un estado de equilibrio entre las personas y su entorno. Al romper el equilibrio o las leyes que regulan la relación con el entorno natural y social, se produce la enfermedad física, psicológica y espiritual (Marileo, 2009). En este sentido, el vocablo mapuche para hacer referencia a la enfermedad corresponde a *kuxan*, el que es entendido como un término amplio que trasciende la dolencia física, y engloba a la persona, la familia y su comunidad de manera conjunta. Desde esta perspectiva, el individuo es considerado agente de su propio *kuxan*, en tanto este estado se genera al desobedecer principios propios de la visión de mundo mapuche, como la transgresión de otros espíritus de la naturaleza. Por lo tanto, para mantener el bienestar, las personas están llamadas a desarrollar una forma de vida adecuada a las normas naturales y espirituales, sosteniendo una actitud respetuosa hacia todas las energías naturales que habitan el universo (Caniullán, 2000).

Otro elemento distintivo de la medicina mapuche corresponde a la presencia de enfermedades comunitarias, las que tienen lugar cuando es la familia o la comunidad en su conjunto la que viola principios culturales como, por ejemplo, no cumplir compromisos asumidos colectivamente. Cuando esto sucede, la enfermedad de la familia puede verse reflejada en acontecimientos negativos reiterados que alterarán el bienestar de los

miembros. Otro plano de la enfermedad colectiva corresponde al malestar vivido con la comunidad cuando un miembro de la familia padece una enfermedad, de modo que el bienestar no se considera un estado individual, sino como una situación de interdependencia con los demás seres del entorno social (Caniullán, 2000).

Esta manera de interpretar la realidad se manifiesta en su sistema curativo, en que el abordaje de la salud y la enfermedad comprende el restablecimiento del orden natural, personal y familiar, mediante prácticas terapéuticas y rituales religiosos. El agente principal dentro de este sistema corresponde a la figura de la machi, quien detenta la capacidad de establecer una conexión entre el mundo natural y espiritual, con el fin de restaurar el bienestar integral de quien padece una enfermedad (Errázuriz, 2006). Dicho rol no se adquiere mediante la voluntad, sino que es resultado de un llamado espiritual en que las fuerzas de la naturaleza escogen a una persona, hombre o mujer, para depositar capacidades y conocimientos, de modo que el conocimiento se estima perteneciente a la naturaleza y no al agente de salud. Una forma en que habitualmente dicho llamado se manifiesta es a través de los sueños (*pewma*) y visiones (*perimontun*), mediante los que el o la machi recibe información y sabiduría. Sin embargo, con la llegada de los españoles y la imposición del pensamiento occidental cristiano, este conocimiento fue descalificado y sancionado, y muchas machis fueron perseguidas y asesinadas. En adelante, fue común que personas se negaran a asumir el rol de machi por temor a la represión y persecución religiosa (Caniullán, 2000).

Para restablecer la salud, la machi acciona su capacidad de comunicarse con la dimensión espiritual del enfermo, con el fin de conocer qué comportamientos indebidos lo llevaron a padecer. Así, un momento relevante dentro del rito de sanación corresponde al instante en que la machi relata cuáles fueron las transgresiones a los principios culturales cometidas por la persona, las que se consideran la raíz de la dolencia. Dicha develación orienta la acción terapéutica a llevar a cabo, así como la medicina necesaria para realizar el tratamiento. Es decir, el tratamiento no dependerá de la dolencia manifestada, sino de las transgresiones cometidas, de modo que el mismo síntoma puede ser abordado de diferentes formas de acuerdo a su origen espiritual (Caniullán, 2000).

Otros agentes terapéuticos dentro del sistema curativo mapuche son el “Lawentuchefe”, o hierbatero, el “Ngümtamchefe”, o componedor de huesos, y el “Püñeñelchefe”, persona especialista en maternidad y partos. Eventualmente, estos agentes pueden reemplazar a la machi ante la presencia de enfermedades producidas por efectos ambientales; no obstante, las enfermedades atribuidas a influencia de energías negativas sólo pueden ser abordadas por la machi (Díaz, Pérez, González & Simon, 2004).

3.3 Situación de salud del Pueblo Mapuche.

El Ministerio de Salud, a través del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, ha desarrollado sistemáticamente una línea de investigación epidemiológica desde el año 2003, cuyo propósito es contribuir al desarrollo y fortalecimiento de políticas y programas culturalmente pertinentes y geográficamente localizados, mediante la caracterización de la situación de salud de los pueblos originarios, la identificación de factores protectores y de riesgo, y la visibilización de las brechas existentes respecto de la población general (MINSAL, 2009b).

Los resultados han demostrado que los pueblos indígenas presentan un perfil de morbi-mortalidad distinto al de la población no indígena, encontrándose en una etapa de transición epidemiológica, en que coexisten enfermedades asociadas a la modernidad y otras propias del subdesarrollo. Un rasgo común de los perfiles obtenidos hasta la fecha, es la sobremortalidad de la población indígena, junto con las alarmantes tasas de mortalidad infantil y la elevada prevalencia de tuberculosis en las regiones I, IX y X, todas ellas con alta densidad de población indígena (MINSAL, 2009a).

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 morbimortalidad para los trienios 2001-2003 y 2004-2006, cuyos resultados son concordantes con la situación general de salud de los pueblos originarios.

En el período analizado, se observa que las tasas de mortalidad en esta provincia son sostenidamente más altas para la población mapuche que para la población no mapuche,

con un riesgo de morir un 50% mayor en el primer trienio y un 80% más alto en el segundo. Una situación similar se observa entre los niños, quienes presentarían un riesgo de morir considerablemente mayor que los niños no mapuches en ambos períodos (MINSAL, 2010).

Respecto a las causas de mortalidad en la provincia de Arauco, si bien se ha registrado un patrón similar al patrón nacional, se observan riesgos respecto al grupo constituido por traumatismos, accidentes y violencias, con el doble de riesgo para los mapuche en el primer trienio, y una diferencia que alcanza el 160% en el trienio 2004-2006, lo que sería producto del menor acceso a atención en salud expedita y oportuna (MINSAL, 2010).

En cuanto a la evolución de los patrones de mortalidad por grupo de causas, y a diferencia de lo observado en otros pueblos indígenas de Chile, los mapuches de la Provincia de Arauco exhiben un incremento del riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio y cáncer, lo que estaría asociado a la mayor incorporación de hábitos propios de la vida moderna, y al consecuente abandono de modos de vida tradicionales que actuarían como factor protector ante ciertas enfermedades. Una comparación por comuna muestra que sólo en Tirúa la población mapuche tiene menos riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio que los no mapuche, con una diferencia muy leve, que tiende a acortarse entre un trienio y otro (MINSAL, 2010).

Respecto al perfil de morbilidad, solamente la población mapuche de la comuna de Cañete muestra diferencias significativas respecto del patrón nacional, con una distribución relativa mayor de egresos hospitalarios que la población no mapuche por enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del aparato genitourinario, factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, y traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa, situación que se replica en la comuna de Tirúa (MINSAL, 2010).

Dentro del grupo enfermedades de notificación obligatoria (ENO), las enfermedades transmisibles, relacionadas con el consumo de agua o alimento contaminado, como la hepatitis, la fiebre tifoidea y paratifoidea, tienen un mayor peso relativo en población mapuche. Sin embargo, la sífilis, tiene un mayor peso relativo entre los no mapuche. A nivel de tasas, en el trienio 2001-2003, los mapuches tuvieron riesgos mayores que los no

mapuches de contraer helminiatitis (triquinosis, chagas y equinococosis), hepatitis A, otras hepatitis víricas e infecciones gonocócicas, y un 10% menos de riesgo de contraer sífilis y fiebre tifoidea y paratifoidea. En el trienio siguiente, los riesgos relativos muestran una mayor vulnerabilidad indígena para todas las ENO analizadas (MINSAL, 2010).

En referencia a la situación de la tuberculosis (TBC), si bien en la Provincia de Arauco la población mapuche presenta tasas de incidencia de TBC más bajas que las observadas en otros pueblos indígenas del país, en la zona persisten brechas de equidad al comparar su situación con la de la población no indígena. Así, en el trienio 2001-2003, los mapuches tuvieron un riesgo 160% mayor de contraer la enfermedad, riesgo que, si bien disminuyó en el siguiente trienio, continuó siendo significativo. Para el análisis de mortalidad, al igual que en otras regiones, se observan mayores riesgos de morir por esta causa para la población mapuche, del orden del 100% en 2001-2003, y del 150% en 2004-2006 (MINSAL, 2010).

En términos generales, se estima que este patrón diferencial, enmarcado en un contexto de sobremortalidad para todos los pueblos originarios analizados hasta la fecha, es resultado de una compleja combinación de discriminación estructural, que ha relegado a este segmento de la población a los sectores más marginales de la sociedad, junto con la aculturación y los diferentes estilos de vida (MINSAL, 2009a). Asimismo, las comunidades mapuches han planteado que las nuevas formas de vida atentan contra la conservación del bienestar, en especial, aquellos factores relacionados con la intervención de los espacios naturales y religiosos, pérdida de la identidad mapuche, medicalización de la salud, empleo de productos químicos en la agricultura, y las condiciones de pobreza derivadas de la migración campo-ciudad (Ibacache, McFall & Quidel, 2002).

En relación a la salud mental, se ha identificado una mayor vulnerabilidad en salud mental para los pueblos indígenas, principalmente, producto de la marginalidad, la discriminación, la migración y el desplazamiento forzado (MINSAL, 2009c).

Una problemática que reviste gran relevancia dentro de este ámbito, es la mayor mortalidad por suicidio en comparación con la población no indígena. Si bien los datos disponibles para los pueblos originarios de Chile y América Latina son escasos y

fragmentados, se ha verificado una situación similar, observándose una mayor mortalidad por suicidio, en especial, en los segmentos más jóvenes de la población, con un incremento sostenido y mayor respecto de otros grupos etarios (MINSAL, 2011).

En Chile, el suicidio entre indígenas es más alto que entre los no indígenas en todas las áreas de residencia estudiadas, encontrándose las tasas más altas entre la población mapuche de la Provincia del Bío Bío, Provincia de Arauco y región de Los Ríos. En general, esta causa de muerte predomina entre hombres jóvenes, expuestos a ambientes urbanos con un patrón de rápida asimilación, escaso control cultural y difusos mecanismos de soporte social (Pedrero, 2010).

En la Provincia de Arauco, durante el trienio 2001-2003, la principal causa de muerte para los mapuches dentro del grupo traumatismos, accidentes y violencias corresponde a lesiones autoinflingidas. Dentro de este grupo de causas, se incluyen los suicidios, observándose que, para los dos trienios analizados, la tasa de mortalidad mapuche por esta causa es más elevada que en no mapuches, con riesgos mayores en un 140% en el primer trienio, y en un 100% en el trienio 2004-2006 (MINSAL, 2010).

Entre los factores de riesgo para la salud mental, cabe mencionar la preocupante situación de violencia y represión política presente en zonas cuyas comunidades desarrollan acciones reivindicativas en torno a demandas territoriales. En este sentido, se ha detectado sintomatología compatible con el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, trastorno adaptativo, trastorno ansioso y depresión en niños y adultos que han sido víctimas y testigos de violencia policial (Sepúlveda & Millaqueo, 2004).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la visión respecto a la salud intercultural de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa?

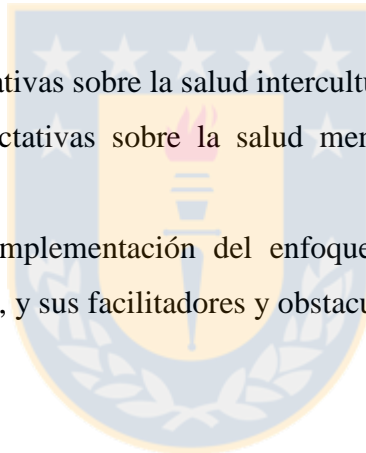
OBJETIVOS

Objetivo general:

- Comprender la visión respecto a la salud intercultural de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa.

Objetivos específicos:

1. Conocer la visión y expectativas sobre la salud intercultural de usuarios y prestadores.
2. Conocer la visión y expectativas sobre la salud mental intercultural de usuarios y prestadores.
3. Describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en las comunas de Cañete y Tirúa, y sus facilitadores y obstaculizadores.



MÉTODO

1. Diseño

La presente investigación se sitúa desde el paradigma construccionista, pues su fin ha sido indagar cómo se ha configurado el ámbito de la salud intercultural desde la perspectiva de actores particulares, como usuarios y prestadores de salud, considerando la intermediación del lenguaje y la interacción social (Guba & Lincoln, 1994).

El estudio fue orientado desde un enfoque cualitativo de recolección y análisis de datos, flexible a los hallazgos emergentes, con el fin de generar información descriptiva y contextualmente situada, mediante un método fenomenográfico, que propició la comprensión del campo de la salud intercultural en términos de las representaciones que giran en torno a ella (Marton, 1990). Este enfoque intenta considerar los fenómenos de manera holística, sin buscar identificar variables específicas. Se trata de un estudio de tipo descriptivo (Rodríguez, Gil & García, 1999).

2. Participantes

Los participantes de este estudio correspondieron a usuarios, agentes de salud mapuche, facilitadores interculturales y prestadores de salud, tanto del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete como del Centro de Salud Familiar Isabel Jiménez Riquelme de Tirúa. En la comuna de Cañete, no fue posible acceder a agentes tradicionales, por cuanto el hospital mantuviera una baja vinculación con estos, lo que dificultara la intermediación del nexo con este grupo. Por otra parte, agentes de salud mapuche de esta comuna, consultados directamente por la investigadora, no mostraron interés en participar del estudio.

Respecto a los criterios de selección de los participantes, se incluyó dentro de la muestra a aquellos agentes de salud tradicionales, técnicos y profesionales con una permanencia mínima de seis meses como prestadores de servicios tanto en el Cesfam como en el Hospital. En cuanto a los usuarios, fueron incluidos adultos mapuches, mayores de 18 años, que hayan accedido por lo menos a una de las prestaciones del programa de salud

intercultural de sus respectivos dispositivos de salud en los últimos 12 meses. La condición de mapuche se definió como la autoidentificación de los usuarios como personas pertenecientes a este pueblo, a partir de su origen familiar y conservación de elementos culturales.

La selección muestral siguió la lógica del muestreo intencionado, orientado a la búsqueda de individuos y grupos donde existiera mayor posibilidad de obtener información sobre el fenómeno de interés (Rodríguez, Gil & García, 1999).

La composición final de la muestra en la comuna de Cañete fue de cuatro usuarios, hombres y mujeres, de entre 29 y 40 años de edad, provenientes de sectores urbanos y rurales de la comuna; dos facilitadores interculturales del hospital, con tres y 10 años de experiencia; y seis prestadores de salud biomédica, cuya permanencia en el cargo fluctuara entre uno y 14 años, a excepción del director del establecimiento, quien ejercía dicho rol desde hace tres meses.

En la comuna de Tirúa, la muestra se conformó por seis usuarios mapuches, hombres y mujeres, de entre 40 y 70 años de edad, provenientes de sectores urbanos y rurales de la comuna. Cuatro de estos usuarios son, a la vez, agentes de salud mapuche; un facilitador intercultural del Cesfam, con tres años de permanencia en el cargo; y ocho prestadores de salud biomédica, cuya permanencia en el cargo se situara en un rango de entre dos y 27 años.

Asimismo, se incorporó un grupo de informantes clave, integrado por un total de cinco participantes. Estos son el asesor de salud del Consejo de Loncos de la Provincia de Arauco, la encargada de salud y pueblos indígenas de la Secretaría Regional Ministerial de Salud y la directora del Museo Mapuche de Cañete, todos ellos de origen mapuche. Asimismo, se cuenta con el reporte de uno de los asesores de la Unidad de Salud Intercultural del Servicio de Salud Arauco, y de una ex-integrante de la Unidad de Salud Intercultural del hospital de Cañete.

De este modo, se configuró una muestra total de 32 participantes (ver desglose de la muestra en Anexo N°1).

3. Recolección de la información.

La información fue recolectada entre Junio de 2014 y Febrero de 2015 en las comunas de Cañete y Tirúa, mediante la técnica de entrevista semiestructurada en modalidad individual. La mayor parte de los prestadores de salud fueron entrevistados en los establecimientos sanitarios, mientras que los usuarios fueron entrevistados en sus domicilios. Igualmente, se desarrollaron entrevistas a informantes clave en Valle de Elicura y en la ciudad de Concepción. En total, se realizó un total de 32 entrevistas, cuyo promedio de duración fue de 40 minutos.

El instrumento correspondió a un guion de entrevista semiestructurada para cada grupo de participantes (ver guion en Anexo N°2) elaborado a partir de los objetivos de estudio, la bibliografía revisada, y entrevistas preliminares a informantes de ambas comunas (usuarios y prestadores de salud), de carácter informal.

Dicho instrumento fue sometido a una fase de aplicación piloto, mediante una entrevista cognitiva (Willis, 2005) aplicada tanto a un usuario como a un prestador de salud, ambos de la comuna de Tirúa (ver pauta en Anexo N°3).

4. Análisis de la información.

Los datos recogidos mediante las entrevistas fueron grabados y transcritos en su integridad. En la fase inicial de análisis, una porción de datos fue procesada de manera manual, mientras que el grueso de estos fue procesado mediante *QSR International Nvivo 7 qualitative data analysis software* (2006), con empleo de herramientas de generación de nodos ramificados.

La información fue analizada mediante la técnica de análisis temático, consistente en descomponer el texto en unidades de significado, agrupándolas según principio de analogía. Este análisis fue llevado a cabo en tres fases: identificación de las unidades de análisis, generación de categorías emergentes y elaboración del esquema de codificación (ver

esquema en Anexo N°4). Finalmente, se procedió a la identificación de dimensiones y patrones (Iñiguez, 2008).

El análisis fue guiado por el principio de comparación constante de la *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1991).

Finalmente, se ha realizado una triangulación entre los datos correspondientes a la perspectiva de usuarios, prestadores técnico-profesionales y agentes de salud mapuche. Asimismo, se han triangulado los resultados con los resultados de otras investigaciones que han abordado la visión de usuarios y/o prestadores en el contexto de la implementación del enfoque de salud intercultural.

5. Procedimiento.

La presente investigación fue desarrollada a través de una metodología cualitativa de recolección y análisis de datos, siguiendo la propuesta de Rodríguez, Gil & García (1999), compuesta de cuatro fases: 1) fase preparatoria, que a su vez tiene dos subetapas (a) reflexiva y (b) de diseño; 2) el trabajo de campo; 3) la fase analítica y 4) la fase informativa (de preparación del informe de investigación). En esta propuesta se asume que, aunque las fases son sucesivas, el proceso no ha seguido una lógica lineal, puesto que, durante el proceso de investigación, las fases se superponen y retroalimentan mutuamente.

La fase preparatoria fue guiada mediante la revisión teórica-empírica, y la realización de entrevistas preliminares a actores involucrados en asuntos de salud intercultural en las comunas de Cañete y Tirúa.

El trabajo de campo se inició previa autorización de los directores tanto del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete como del Cesfam Isabel Jiménez Riquelme de Tirúa. La recolección de datos fue llevada a cabo mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas individuales, contando con el consentimiento de los participantes (ver carta de consentimiento en Anexo N°5). En la comuna de Tirúa, la totalidad de las entrevistas fue intermediada por la Unidad de Salud Intercultural del Cesfam. En el hospital

de Cañete, las entrevistas a prestadores de salud biomédica fueron coordinadas con colaboración del Departamento de Comunicaciones del establecimiento. Las entrevistas a usuarios del hospital de Cañete y a informantes clave fueron gestionadas por la investigadora.

Para la fase analítica, las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su integridad, llevando a cabo un proceso de análisis temático. Los datos fueron procesados, inicialmente, de manera manual, a través de la elaboración de mallas temáticas, mientras que el grueso del análisis se realizó con empleo del *software* NVivo.

6. Criterios de rigor metodológico.

La calidad metodológica de este estudio ha sido evaluada en función de tres criterios, de acuerdo a la definición de Castillo & Vásquez (2003):

- **Credibilidad:** cómo los resultados reflejan lo que los participantes realmente piensan y sienten frente al fenómeno de estudio. Para obtener la credibilidad, se han efectuado notas de campo sobre las características de la interacción durante la entrevista. Asimismo, se realizó una transcripción textual de las entrevistas para corroborar la interpretación de datos. Las interpretaciones han sido discutidas con los guías de investigación.
- **Confirmabilidad:** referido a la susceptibilidad de que otro investigador pueda seguir la ruta del investigador original, logrando llegar a conclusiones similares. Para esto, las entrevistas fueron registradas en soporte de audio (entrevistas individuales) y video (entrevistas grupales).
- **Transferibilidad:** entendida como la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, en función de qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto particular. Para ello, se ha descrito el contexto en que se ha realizado la investigación y las características de los participantes.

7. Criterios éticos

Los criterios éticos aplicados en este estudio han seguido los requisitos planteados por Emmanuel (1999):

1. Valor: la participación de los sujetos se considera justificada en tanto este estudio aborda un problema social de relevancia.
2. Validez científica: la validez científica de los hallazgos se ha cautelado en cada una de las etapas de la investigación, mediante la aplicación de criterios de rigor metodológico antes mencionados.
3. Selección equitativa de sujetos: se procuró la conformación de una muestra representativa de las distintas poblaciones involucradas en el problema de investigación, manteniendo como criterio prioritario de selección la riqueza de información que las personas pudiesen aportar sobre este.
4. Proporción favorable de riesgo/beneficio: se estima que esta investigación genera significativos beneficios al aportar a la comprensión de un campo vinculado directamente con la resolución de las necesidades de salud de una porción de los participantes. Como único riesgo, se visibilizaron eventuales repercusiones para los participantes de las opiniones vertidas, el que fue manejado asegurando la confidencialidad.
5. Evaluación independiente: este estudio ha sido sometido a revisión por evaluadores independientes en todas sus etapas, con el fin de corregir posibles sesgos de la investigadora.
6. Consentimiento informado: la solicitud de participación ha ido acompañada de una carta de consentimiento informado, que ha dado a conocer a los invitados la finalidad del estudio, sus beneficios, el modo de contrarrestar eventuales riesgos, así como la posibilidad de aceptar o rechazar tal invitación o, bien, de retirarse del estudio en cualquiera de sus etapas.

7. Respeto a los sujetos: se ha cautelado el respeto a los participantes a lo largo de todo el estudio, mediante el cumplimiento de los compromisos adquiridos por la investigadora en la carta de consentimiento informado, y el desarrollo de itinerarios metodológicos que contribuyan a extraer hallazgos fieles al reporte de los entrevistados.



RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados derivados de las entrevistas aplicadas. En primer lugar, se exponen los resultados correspondientes al grupo de informantes clave. Seguidamente, se presentan los resultados obtenidos a partir del reporte del grupo formado por usuarios mapuches, facilitadores interculturales y prestadores de salud técnico-profesionales de la comuna de Cañete. Finalmente, se dan a conocer los resultados obtenidos a partir del reporte del grupo de usuarios mapuches y agentes de salud tradicional, facilitadores interculturales y prestadores de salud técnico-profesionales de la comuna de Tirúa.

Por cada grupo, se dan a conocer los resultados en torno a los objetivos específicos 1) Conocer la visión y expectativas de salud intercultural de usuarios y prestadores, 2) Conocer la visión y expectativas sobre la salud mental intercultural de usuarios y prestadores y 3) Describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en las comunas de Cañete y Tirúa, y sus facilitadores y obstaculizadores.

Se propone el siguiente cuadro para facilitar la lectura de este apartado, con la numeración de página en que se ubican los resultados correspondientes a cada grupo:

Objetivo específico	Informantes clave	Cañete	Tirúa
1	p.61	p.75	p.98
2	p.65	p.82	p.110
3	p.68	p.86	p.116

1. Resultados Informantes Clave.

Este grupo de informantes está integrado por un total de cinco participantes. Entre estos se encuentran el asesor de salud del Consejo de Lonkos de la Provincia de Arauco, la encargada de salud y pueblos indígenas de la Secretaría Regional Ministerial de Salud y la directora del Museo Mapuche de Cañete, todos ellos de origen mapuche. Asimismo, se cuenta con el reporte de uno de los asesores de la Unidad de Salud Intercultural del Servicio de Salud Arauco, y de una ex-integrante de la Unidad de Salud Intercultural del hospital de Cañete.

Objetivo específico N° 1: Conocer la Visión y Expectativas de Salud Intercultural

Los temas abordados con los informantes clave respecto del primer objetivo específico fueron: a) Características del usuario mapuche, b) Necesidades de salud del usuario mapuche, c) Componentes de una salud culturalmente adecuada, d) Visión sobre la salud intercultural y e) Expectativas sobre la salud intercultural.

a) Características del usuario mapuche

Desde la perspectiva de los informantes clave, el usuario mapuche de las comunas de Cañete y Tirúa es situado dentro de un grupo social vulnerable, principalmente, por encontrarse bajo la línea de la pobreza, residir en zonas geográficamente aisladas y presentar una situación de salud desmejorada respecto de la población no mapuche: *“Hay personas que tienen dificultades de acceso, que están insertas dentro de la pobreza, dentro de los perfiles epidemiológicos hay mayor tasa de mortalidad...”*.

Por otra parte, los informantes claves dan cuenta de ausencia de opinión por parte del usuario en relación a la salud intercultural, el cual representa un tema ajeno, cuya participación se limita a los dirigentes de las comunidades: *“Pero no es que el pueblo mapuche tenga una opinión respecto al tema tal cual, son sus dirigentes”*.

b) Necesidades de salud del usuario mapuche

Desde la visión de los informantes clave, las principales necesidades de salud planteadas por el usuario mapuche son de orden biomédico, reportando demandas relativas a la cobertura sanitaria, acceso, calidad y mayor oportunidad de la atención:

lo que te solicitan es salud occidental, o sea, te piden lentes, te piden prótesis, te piden algo que no es menor, interconsultas, tener acceso a interconsultas, acceso a salud, tener un espacio de acogida acá en el hospital regional para que puedan llegar ellos, o algunos familiares que tienen que venir.

c) Componentes de una atención culturalmente adecuada

Al indagar por los elementos necesarios para configurar una atención adecuada a la cultura del usuario mapuche, los informantes clave hacen referencia a tres categorías. En primer lugar, destacan la necesidad de que el equipo técnico-profesional conozca tanto la cosmovisión como las normas propias de la cultura mapuche, y mantenga una actitud de respeto hacia ella, con el fin de que el usuario sienta la confianza de expresar su identidad cultural en el espacio de la atención de salud: *“si tú te tomas el tiempo, y saludas ‘mari mari peñi’, y demuestras conocimiento y respeto por la cultura, probablemente te abran esa puerta”*. Asimismo, otorgan relevancia a que los profesionales conozcan el sistema de salud mapuche y sean capaces de reconocer ciertas categorías de enfermedad.

Finalmente, señalan que las adecuaciones en la atención de salud deben realizarse acorde a las diversas identidades territoriales de la cultura mapuche: *“porque, si vas a trabajar con el pueblo mapuche, no puedes hacer una cosa homogénea para todas, porque depende de las identidades territoriales, entonces no puedo poner un modelo mapuche o de interculturalidad en Alto Bío Bío y en Arauco”*.

d) Visión sobre la salud intercultural

Al abordar la visión sobre la salud intercultural de manera global, los informantes clave la señalan como un concepto ajeno a la cultura mapuche, que fuera introducido con escasa claridad a partir de las políticas públicas dirigidas al pueblo mapuche y que, en la provincia de Arauco, fuera presentado específicamente en el contexto del eje de salud del Programa Orígenes: “*Era nuevo, para todos, para todo el mundo era nuevo*”.

En relación con lo anterior, manifiestan que dicho concepto haría alusión a una situación ideal de interacción entre los sistemas de salud biomédico y mapuche, que, en la actualidad no se lleva a la práctica:

(...) entonces acá tú te das cuenta de que hablamos de interculturalidad desde un discurso, pero en términos de la práctica no hay nada concreto (...) porque la interculturalidad es un concepto que surge de una disciplina y surge como un ideal.

En ese sentido, refieren la necesidad de un cambio en el paradigma que rige la relación entre prestadores y usuarios, así como de mayor formación por parte de los prestadores respecto de la cultura mapuche, y del cumplimiento de la normativa relativa a salud intercultural y pueblos originarios en general, como condiciones necesarias para el logro de la interculturalidad:

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 tu estas obligado, esta es una ley, es parte de tu trabajo’.

Ante la ausencia de tales condiciones, los informantes clave concuerdan en que no es viable implementar el concepto de salud intercultural, siendo posible solamente realizar ciertas acciones que permitan configurar una atención con mayor pertinencia:

A lo que puede tal vez dar respuesta nuestro sistema sanitario en alguna medida, es lo que nosotros hemos definido como pertinencia cultural, o adecuación cultural. Como algunos han dicho, esta es una especie de maquillaje, pongamos señalética en mapudungún, hagamos algunas actividades pal We Tripantu, no sé, dentro del hospital me refiero. Es como decir, en este territorio hay presencia indígena, o valoramos la presencia indígena, ese es un nivel de pertinencia cultural.

Asimismo, la salud intercultural es vista como un programa en que el sistema de salud mapuche es administrado por el sistema biomédico, identificando el riesgo de que sea asimilado por este último, planteando la necesidad de que ambos sistemas funcionen de manera autónoma con el fin de evitar dicha situación:

Nuestro sistema médico debemos administrarlo nosotros los mapuche, porque es autónomo, los sistemas médicos deben ser autónomos, si no, son asimilados (...) Si el sistema médico alopático es autónomo, dependiente de un ministerio, del Estado Chileno, o si tú quieres, de la sociedad occidental, entonces no pueden asimilar a otro sistema médico, porque al asimilarlo, este sistema médico indígena desaparece.

e) Expectativas sobre la salud intercultural

En general, los informantes clave esperan que la salud intercultural, en tanto programa ministerial, sirva a resolver las necesidades más sentidas por los usuarios mapuches. Entre estas se encuentran las necesidades de orden biomédico anteriormente mencionadas y la protección al usuario ante situaciones de discriminación por parte de profesionales y técnicos. Igualmente, esperan que este programa promueva la formación de prestadores que conozcan el sistema de salud mapuche, con el fin de otorgar una atención respetuosa y pertinente:

¿Qué creo yo que es conveniente?, cambiar las mallas curriculares, en primer lugar, pero no para que los médicos se hagan machi, sino que para que sepan que

los pueblos indígenas tienen otro sistema médico, y que sepan además cómo funciona, que eso también es importante.

A lo anterior se suma la expectativa de que se definan protocolos de derivación a agentes tradicionales.

Objetivo específico N°2: Conocer la visión y expectativas sobre salud mental intercultural

Al indagar la visión y expectativas de los informantes clave respecto de la salud mental intercultural, emergen los siguientes temas: a) Visión mapuche sobre la salud mental, b) particularidades del usuario mapuche de salud mental, c) consecuencias del conflicto entre el Estado de Chile y el pueblo mapuche para la salud mental y d) expectativas sobre la salud mental intercultural.

a) Visión mapuche sobre la salud mental

Los informantes claves realizan una distinción respecto de la visión occidental acerca de la salud, señalando que, desde el sistema mapuche, la salud es considerada de manera holística, careciendo de la fragmentación entre la salud física y mental, así como entre el bienestar individual y la relación con el entorno natural y social:

(...) claro, igual hay que considerar que en esta cosmovisión, la salud no es algo fragmentario, no es la salud física, ni la salud mental solamente, sino que es una salud que lo engloba todo, obviamente, engloba a tu familia, la comunidad, tus animales, el bosque, los ríos, así se comprende la salud.

A partir de dicha visión, los informantes atribuyen los problemas de salud en sus distintos planos a la ruptura de las buenas relaciones con el entorno:

(...) estar bien con tu entorno, con todos los seres que habitan, y no sólo contigo o con tus iguales, me refiero a los seres humanos, me refiero a todo el resto de los seres que habitan, y no necesariamente los otros seres que habitan deben ser animales o aves, sino también con tu entorno, tienes que estar bien con tu medio ambiente, porque si tú ya estás mal con tu medio ambiente, a lo mejor ya tienes problemas psicológicos, o sea, ya no estás bien, ya estás enferma.

En este sentido, destacan el deterioro ambiental por la acción forestal como un factor que va en perjuicio del bienestar de la comunidad.

En concordancia con lo anterior, refieren la terapéutica mapuche como una acción orientada a restablecer el equilibrio con la comunidad y el entorno natural, haciendo alusión a dos fuentes de sanación. Por una parte, refieren la solicitud de consejo a los sabios y lonkos como medio para recuperar la salud y, por otra, la consulta con la machi ante aquellos problemas de mayor gravedad:

Las enfermedades son transgresiones y cuando tú pierdes el equilibrio, y cuando eso ocurre tú tienes que restablecerlo, y aquí hay agentes médicos que se encargan de eso. Primero puede ser un lonco, si la cosa no es tan fuerte, y está el consejo, tú vas donde una persona, y esa persona te aconseja, y te puede decir por qué estás así. Pero, cuando la cosa es más grave, debes ir donde una machi, y la machi hace una ceremonia espiritual para que tú restablezcas ese equilibrio.

b) Consecuencias del conflicto entre el Estado de Chile y el pueblo mapuche para la salud mental

Un tema planteado por los informantes clave al indagar sobre la salud mental en el ámbito de la interculturalidad, corresponde a las consecuencias de los allanamientos policiales dentro de las comunidades mapuche, en el contexto del conflicto con el Estado de Chile. Específicamente, dan cuenta del desarrollo de síntomas de trastorno por estrés postraumático en niños pre-escolares:

Una tía que está a cargo de un jardín, nos pidió trabajar con ella, porque observaba conductas extrañas en los niños preescolares, hasta cinco años, en Ranquihue y era que cuando pasaban los carabineros en el furgón, los niñitos salían corriendo y se escondían, comenzamos a trabajar, y eran justamente niños de sectores donde se hacen muchos operativos policiales, entonces, al evaluar a los niños, todos, todos los del curso manifestaban algunas conductas que podían ser indicadores de estrés postraumático. Algunos de ellos derechamente habían vivido allanamientos en sus casas, de noche, los hacían levantarse en calzoncillos, niños de cuatro años, que los hacían levantarse con las armas los carabineros.

c) Expectativas respecto a la salud mental intercultural

Los informantes clave plantean la expectativa de que los profesionales conozcan la visión mapuche acerca de la salud mental, así como la cosmovisión general y situaciones propias de la espiritualidad mapuche, con el fin de evitar la patologización de estas y otorgar una atención pertinente. En este sentido, plantean la necesidad de que dichos conocimientos se impartan desde la formación universitaria:

Estuvo trabajando un psicólogo en la zona de Cañete, al sur, y muchos mapuche le decían 'hemos visto Anchimalén', que es un espíritu, y qué pensó el psicólogo, que estaban locos, y los empezó a tratar como locos. Bueno, por eso digo yo, no es tan fácil, no es que vengan y aprendas en un par de minutos, o un par de horas, 20 horas como lo hacían, y vas a quedar experta en el tema. Debe haber una formación desde la academia, por eso hay que cambiar las mallas curriculares, de lo contrario no se va a entender jamás.

Objetivo específico N°3: Describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en las comunas de Cañete y Tirúa, y sus facilitadores y obstaculizadores

Los informantes clave describen el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en la Provincia de Arauco, señalando como principales referentes los establecimientos de salud Cesfam de Tirúa y Hospital Intercultural Kallvullanka de Cañete. Dentro de la información aportada, se distinguen las siguientes categorías: a) inicios de la salud intercultural en la Provincia de Arauco, b) participación de las comunidades, c) actitud de los equipos de salud, d) rol del facilitador intercultural, e) principales logros del proceso de implementación, f) facilitadores del proceso de implementación, y g) obstaculizadores del proceso de implementación.

a) Inicios de la salud intercultural en la Provincia de Arauco

De acuerdo al reporte de los informantes clave, la salud intercultural como enfoque y línea programática se instaura en la Provincia de Arauco por diferentes vías. En primer lugar, refieren el interés de distintos profesionales dentro del Servicio de Salud Arauco por incorporar aspectos de la cultura mapuche en la entrega de las prestaciones:

Mira, así en lo práctico, fue una idea de una asistente social que estaba haciendo un afiche para un proyecto de promoción, de promoción de la salud, el año 98-99, y de repente a ella se le ocurre hacerlo bilingüe, y escribirlo en mapuche, pero no había quién lo hiciera, entonces contactan a Pascual Levi, para que pueda hacer la traducción literal del afiche.

Mencionan, asimismo, la iniciativa desde la dirección del hospital de Cañete en los años 2000 por desarrollar un proyecto hospitalario que recogiera elementos de la cosmovisión mapuche tanto en su infraestructura como en el modelo de atención:

En el año 2001, a propósito de todo eso en el hospital estaba de director Nelson Vergara, él toma todos estos insumos y se da cuenta, y mira un poquito más amplio,

más a su alrededor y dice 'aquí la propuesta, el proyecto de hospital tiene que tener la impronta intercultural'.

Por otra parte, señalan que el concepto de salud intercultural se introduce en las comunidades con la llegada del Programa Orígenes, el cual dispusiera de fondos para realizar un amplio espectro de actividades relacionadas con la salud de la población mapuche, entre ellas, encuentros de autodiagnóstico y construcción de huertos medicinales: *“lo que pasa es que en esos años empezó el programa Orígenes, un programa de Ricardo Lagos, y entonces abrió varios temas, qué se yo, producción, cultura, abrió educación, salud, en fin un montón de otras cosas más”.*

b) Participación de las comunidades

Los informantes clave dan cuenta de las variaciones en la relación entre las comunidades y las instituciones de salud a lo largo del tiempo, en el contexto de la implementación de la mirada intercultural.

En un primer momento, reportan la formación de una mesa de diálogo entre los dirigentes de la comunidades y el Servicio de Salud Arauco, en la cual se recogieran las principales necesidades de la población y se definieran las acciones a realizar, con el fin de contar con una atención de salud de mayor calidad y más respetuosa hacia el usuario mapuche: *“la principal actividad, yo diría hasta el 2004, es formar una mesa de participación permanente, con representantes de comunidades, representantes políticos, dirigentes, y también autoridades ancestrales, principalmente lonkos y machi, cuando la situación lo requería, principalmente lonkos, o los kimche”.* Dentro de esta mesa de diálogo, también se lleva a cabo la discusión sobre el diseño del proyecto de hospital intercultural de la comuna de Cañete, en la que las autoridades institucionales se comprometen a incorporar el punto de vista de los representantes de la comunidad:

Y el servicio de salud, además, tenía, bueno, en ese momento también se dio la discusión de la reposición del hospital de Cañete, y nos llamaron la gente que empezamos a participar en eso (...) Entonces nosotros nos preparábamos un poco

para ir a la conversación, qué nosotros queríamos como pueblo mapuche. Y así se dio la construcción del proyecto arquitectónico del hospital.

Una segunda etapa en la participación se inicia con la entrega del hospital intercultural, momento en que los informantes clave destacan el incumplimiento de importantes acuerdos por parte de la institucionalidad, dando cuenta del surgimiento de un clima de desconfianza y posterior quiebre del diálogo: “*Por procesos que son de la institución, se faltó a algunos compromisos que se había asumido con la gente, entonces, desde la comunidad, eso se toma como una falta de respeto, en ese momento se pararon y se fueron*”. Entre dichas transgresiones, señalan el comienzo del funcionamiento de las nuevas instalaciones sin informar a las comunidades, y prescindiendo de la realización de una ceremonia tradicional mapuche que fuera solicitada por los representantes:

Y debería haber sido a la manera mapuche, la cultura mapuche es dual, entonces, si al hacerse una actividad, no debe hacerse una, sino dos, siempre. Y una de las cosas que los loncos dijeron, ´tenemos que hacer un Nguillatún, una ceremonia, antes que empiece la construcción del hospital para que todo esto sea bien, y después cuando se termine el hospital, que empiece el hospital se hace otro´... Bueno, no se hizo así, porque en primer lugar, la construcción del hospital empezó y no nos avisaron.

De acuerdo al reporte de los informantes, dicho quiebre se consolida con la suspensión de los recursos para financiar el funcionamiento de la mesa de diálogo en el año 2005, momento a partir del cual las acciones de salud intercultural se desarrollan sin participación de las comunidades, situación que se mantiene hasta la actualidad:

Simplemente no hubo más recursos. No convocaron a más reuniones, no hubo más recursos, y se acabó todo. Porque el gobierno lo vio como -según mi opinión-, lo vio como un peligro, porque esa mesa provincial estaba como llevando las riendas en lo que era la salud intercultural acá en la provincia.

c) Actitud del equipo de salud

Otro tópico al que los informantes clave hacen referencia, corresponde a la actitud mantenida por el equipo de salud a lo largo del proceso de implementación del enfoque de salud intercultural, centrándose en los prestadores técnico-profesionales del hospital de Cañete.

En general, los informantes perciben una actitud negativa por parte de los prestadores biomédicos desde el inicio del proceso, haciendo referencia a un clima de resistencia hacia la incorporación de elementos del sistema de salud mapuche en las prestaciones: *“Resistencia total, resistencia, todo cuestionado”*.

No obstante, hacen mención al logro de una mayor apertura por parte de algunos profesionales hacia el sistema de salud mapuche a lo largo del proceso: *“porque ella era su médico de cabecera, si no le quedaba lawén nos llamaba para decir ‘Oye, le queda solo una botella’, entonces se generaron cambios súper importante en términos de actitud de algunos profesionales”*.

d) Rol del facilitador intercultural

El facilitador intercultural es señalado como la figura en la que se ha delegado la ejecución de las acciones contempladas dentro de la programación de salud intercultural, contexto en el que los equipos de salud mantendrían un papel secundario en la asunción de responsabilidades:

También ha caído mucho en el facilitador la responsabilidad de desarrollar este modelo, y me parece que no es justo, porque es del hospital y del Cesfam, y de los directivos y del alcalde, del director del servicio y del director del hospital.

Dentro de la información aportada respecto de esta figura, teniendo como referencia a los facilitadores interculturales del hospital de Cañete, se distinguen dos categorías. La primera de ellas hace alusión a la evolución de las funciones del facilitador desde el inicio hasta la actualidad. En este sentido, los informantes refieren un primer momento de desempeño de actividades llamadas “asistenciales”, consistentes en gestionar horas médicas

y transporte para los usuarios mapuches, así como contribuir a la cobertura de necesidades básicas de usuarios mapuches hospitalizados:

(...) gestionaba los traslados a la machi, los traslados cuando la gente viene acá y después no tienen cómo irse a la casa porque la micro ya la dejó, que el vehículo de la unidad los pudiese llevar, cuando llegaba gente acá y los acompañantes de los enfermos que no tenían donde quedarse o no tenían plata para comer y les daban desayuno, y cosas así, ese es el trabajo asistencial.

En la actualidad, refieren el desarrollo incipiente de un rol de asesoría intercultural, desde el que son consultados por el hospital como portadores de la cultura mapuche.

Una segunda categoría se refiere a la relación entre los facilitadores y los prestadores biomédicos. En este ámbito, los informantes reportan un bajo nivel de vinculación entre los facilitadores y el resto del equipo del hospital, señalando que la unidad intercultural trabajaría de manera aislada. Dan cuenta, asimismo, de un trato asimétrico desde los prestadores biomédicos hacia los facilitadores: *“porque ellos no estaban considerados como profesionales para empezar, entonces hay una verticalidad en la relación”*.

e) Principales logros del proceso de implementación

A nivel general, estos actores reconocen como un logro dentro de este proceso la discusión generada acerca de la interacción entre los sistemas biomédico y mapuche dentro de un establecimiento de salud, bajo, identificando choques entre ambos paradigmas:

logro ha sido generar una masa crítica, ¿qué hace un facilitador o un chiquillo mapuche dentro del establecimiento, por qué está aquí, si no ha estudiado una carrera de la salud, por qué viene a decirme que tengo que derivar si yo estudié en la universidad?´.

A nivel operativo, se reconoce como un avance relevante la incorporación de la derivación a machi como prestación de salud tanto en la comuna de Cañete como en la

comuna de Tirúa: “*lo más concreto, hoy día los dos lados tienen derivación a machi, yo creo que eso es lo más importante*”.

f) Facilitadores del proceso de implementación

Como único facilitador, los informantes clave identifican la presencia de actores mapuches dentro de los establecimientos de salud, correspondientes tanto a profesionales como al facilitador intercultural, como un factor que ha contribuido a visibilizar e incorporar la visión mapuche dentro de dicho espacio:

Cada vez se han ido contratando más profesionales mapuche, antes no era. O sea, los no mapuche decidían por los mapuche, el tema de la participación también, si bien estamos a años luz, tiene que desarrollarse y yo creo que también va a tener incidencias en esto, porque el resto, la interpretación de lo que dice el lamngen es desde tu estructura mental, tu filosofía, y por lo tanto no estás comprendiendo lo que quiere decir el otro, entonces que se haya incorporado a facilitadores interculturales, asesores, gente de la comunidad....

g) Obstaculizadores del proceso de implementación

Dentro de los obstaculizadores reportados, se distinguen tres categorías: g.1) Choques paradigmáticos, g.2) Factores histórico políticos y g.3) Cambios administrativos.

g.1) Choques paradigmáticos

Los informantes clave identifican choques paradigmáticos que sitúan al pueblo mapuche y su cultura en una posición desaventajada, lo cual obstaculiza la interacción igualitaria con otros sistemas culturales como elemento central del enfoque intercultural. Por una parte, dan cuenta de la hegemonía de la cultura occidental frente a otras culturas, entre las que se encuentra la producción cultural de los pueblos originarios: “*Y nuestra cultura occidental*

carece de conocimientos culturales, tienen esta posición jerárquica, hegemónica, de dueños del conocimiento, de saber más que el otro, de ver siempre con inferioridad la cosmovisión mapuche, al pueblo mapuche". Del mismo modo, indican la hegemonía del conocimiento médico como un elemento que se opone a la relación equitativa con el sistema de salud mapuche:

Hay un trasfondo que es claro, que es la hegemonía del conocimiento biomédico en el contexto de salud, o sea, acá se supone que el conocimiento científico tiene un estatus de superioridad frente a cualquier otro tipo de conocimiento, y acá me refiero tanto al conocimiento de la cosmovisión mapuche como a cualquier otro tipo de conocimiento que no sea biomédico, dentro de lo cual me incluyo, las ciencias sociales tampoco tienen cabida en este contexto biomédico del hospital.

g.2) Factores histórico-políticos

Se señalan factores histórico-políticos que imposibilitan una interacción paritaria del pueblo mapuche tanto con las instituciones de salud como con el orden estatal mayor en que estas se insertan. Entre estos factores, refieren una visión negativa de la sociedad general hacia el pueblo mapuche, manifestada en una actitud discriminatoria y en la desvalorización de su cultura: *"y hablo de la sociedad en su conjunto, mientras la sociedad chilena no conozca al pueblo mapuche, no conozca el valor cultural, la sabiduría ancestral que tiene, esos cambios no son posibles"*.

Por otra parte, hacen alusión a la relación asimétrica entre el pueblo mapuche y el Estado de Chile, en que este último ocupa una posición dominante, exhibiendo una falta de voluntad para respetar los derechos de los pueblos originarios y la normativa referida a esta materia: *"Está la ley indígena, y es una ley súper buena, que se basó en el convenio 169, y tampoco se pesca."*

g.3) Cambios político-administrativos

Los informantes señalan los cambios de gobierno como momentos de retroceso para el proceso de implementación, en especial, por la renovación de equipos y directivos y su reemplazo por personas que desconocen el contexto y la materia en general, situación que interrumpiría los trabajos desarrollados:

(...) en el gobierno de Lagos. Y después vinieron cambios políticos y echaron a la encargada del programa de salud intercultural del servicio de salud, la reemplazaron por otra persona. Bueno, todo este trabajo que llevábamos así, que era como muy bien, mucha coordinación, hasta ahí llegó, no más. La persona que entró no tenía idea de nada (...)

2. Resultados comuna de Cañete

Los resultados presentados a continuación derivan del reporte obtenido de usuarios mapuches, facilitadores interculturales y prestadores de salud técnico-profesionales del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de la comuna de Cañete.

Objetivo específico N°1: Conocer la visión y expectativas de salud intercultural de usuarios y prestadores de salud

Los temas consultados dentro de este objetivo fueron agrupados en las siguientes categorías: a) características del usuario mapuche, b) necesidades de salud del usuario mapuche, c) percepción de los usuarios sobre el trato otorgado por prestadores técnico-profesionales, d) componentes de una atención de salud culturalmente adecuada, e) visión sobre la salud intercultural y f) expectativas acerca de la salud intercultural.

a) Características del usuario mapuche

Al indagar sobre los elementos característicos del usuario mapuche, los propios usuarios diferencian entre un grupo que conoce y ejerce sus derechos en el ámbito de la salud, y una mayoría con escasos conocimientos sobre el tema, y que es percibido como un usuario

pasivo: *“pero la gente, en general, no sabe que es su derecho hablar con el director del hospital, no sabe que es su derecho que lo atiendan con dignidad”*.

Por su parte, los facilitadores interculturales destacan un mayor empoderamiento de los usuarios mapuches en la actualidad, observado en a través de una actitud más demandante en torno a sus derechos. Como otra característica relevante, señalan la conservación de creencias y prácticas de salud tradicional mapuche.

Igualmente, los prestadores técnico-profesionales realizan la distinción entre un grupo de usuarios que demanda derechos en torno a la salud y un grupo de usuarios pasivos. Asimismo, reconocen una mantención de creencias y prácticas de salud tradicional, no obstante, identifican un bajo nivel de pertenencia cultural en los usuarios, junto con una negación de la identidad mapuche:

Mucha gente que no se identifica con la cultura y no quiere, ni siquiera quiere ser relacionada con la cultura. Entonces, por eso, ahí hay que tener mucho cuidado cuando uno habla, porque ahí de repente se crean los conflictos, porque yo no puedo asumir que la persona que tiene dos apellidos mapuche, se identifique con la cultura 100%.

b) Necesidades de Salud de la población mapuche

Las necesidades de salud planteadas por usuarios mapuches del hospital de Cañete hacen alusión a una mayor cobertura sanitaria, con énfasis en el requerimiento de mayor dotación médica, más horas de atención y mejor equipamiento.

Los facilitadores interculturales, destacan la necesidad de un trato respetuoso hacia el usuario mapuche y libre de discriminación por parte del equipo hospitalario.

En cuanto a los prestadores técnico-profesionales, estos refieren necesidades de orden biomédico, relevando que usuarios mapuches presentan las mismas necesidades de salud que los usuarios no mapuches *“las chilenas y las mapuche, en el fondo, casi todas las mujeres, al conversar, tienen las mismas necesidades”*. Por otra parte, subrayan la demanda

de un trato respetuoso, la que se acentuaría en la medida que los usuarios conocen la existencia de políticas especiales dirigidas al pueblo mapuche: “y sí, tienen muy claro el tema del trato y ellos ahí sí que son duros y firmes, ellos no transan eso”.

c) Percepción de los usuarios sobre el trato otorgado por prestadores técnico-profesionales

En general, los usuarios señalan recibir un trato deficiente por parte del equipo técnico-profesional del hospital, dando cuenta de una relación asimétrica, en la que el prestador no respeta los derechos del usuario. En este sentido, refieren que los usuarios provenientes de zonas rurales serían los más afectados:

Yo he notado que cuando una es muy sumisa, te pasan a llevar, no te atienden de buena manera. Cuando una va y como que se impone un poco, ahí como que el trato es de igual a igual, pero, por ejemplo, la gente del campo es como más, como que la pasan más a llevar, o sea, no la pescan no más.

d) Componentes de una atención de salud culturalmente adecuada

Para la configuración de una atención de salud adecuada a la cultura mapuche, los usuarios hacen alusión a tres elementos. En primer lugar, manifiestan que la atención debe estar guiada por una visión holística de la salud, en que el bienestar individual se encuentra vinculado a la calidad de las relaciones sociales y al entorno natural:

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.

Por otra parte, señalan que la derivación a agentes tradicionales es pertinente siempre que estos desarrollen la atención en sus territorios, por ser este el espacio en que reciben la energía para realizar acciones de sanación: *“A mí no me parece, por ejemplo, que las machi atiendan en los hospitales, porque no es su lugar de trabajo, no es su lugar de energía, no corresponde”*.

Lo anterior es compartido por facilitadores interculturales, quienes señalan la importancia de que los agentes tradicionales se desempeñen en sus territorios, enfatizando que las acciones desarrolladas por el hospital en materia intercultural deben respetar dichas normas culturales:

(...) también se rompe el tema cultural, entonces hay montones de factores que influyen para construir esto, uno no puede decir `vamos a hacer construcción, vamos a traer a los agentes de salud y que van a estar las machi y todo eso` y con eso hacemos interculturalidad.

En cuanto a los prestadores de salud técnico-profesionales, estos reconocen la necesidad de incorporar la visión holística de la salud propia del pueblo mapuche en el modelo de atención. Asimismo, manifiestan estar en conocimiento del principio cultural que sitúa la capacidad de sanación de los agentes mapuches dentro de su territorio, señalando la importancia de que dicho principio sea respetado: *“sabiendo que, naturalmente la machi debe estar en su lugar, apropiado, que no puede tomar poder en otro lugar que no sea su espacio, y eso está dentro de su cultura, y eso también es respetable para nosotros”*.

e) Visión sobre la salud intercultural

En primer lugar, los usuarios del hospital de Cañete consideran la salud intercultural como una materia de derechos para el pueblo mapuche, contexto en el que el hospital tiene el deber de otorgar una atención de calidad y un trato respetuoso hacia los usuarios: *“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”*.

Tal como deleva la cita anterior, los usuarios estiman que las autoridades no abordan la salud intercultural como un tema de derechos, implementando acciones que tienden a la folclorización de la cultura mapuche:

(...) es un hospital folclóricamente intercultural. 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.

Conjuntamente, refieren una actitud utilitaria de parte de la administración, señalando que el establecimiento se habría constituido como un hospital intercultural con el fin de obtener financiamiento para la construcción de un nuevo edificio y no de entregar una atención más pertinente:

(...) finalmente, nosotros nos damos cuenta que no tienen la intención de aplicarlo, o sea, el tema intercultural lo utilizaron en un principio para obtener la construcción de un hospital, y obtener los recursos para construir un hospital, una infraestructura de lujo, se utilizó porque, se utilizaron muchos recursos para construir un hospital con un modelo, con estructura arquitectónica y todo, y eso no lo hubieran dado, por ejemplo, si el hospital hubiera sido con nivel de pertinencia.

En alusión a dicho contexto, los usuarios estiman que, en la actualidad, la línea de salud intercultural desarrollada por el hospital no resulta útil a satisfacer las necesidades de salud más urgentes del pueblo mapuche:

Pero yo, como usuaria así a simple vista, yo preferiría, no sé po, 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.

No obstante lo anterior, existen usuarios que rescatan aspectos positivos del trabajo desarrollado en torno al enfoque de salud intercultural, valorando que el hospital facilite la locomoción para asistir a la machi y reconozca la presencia de la población mapuche en su arquitectura:

Por lo que yo vi, era como algo de ruca, entonces, eso me hace sentir orgullosa de mí como mapuche, porque nunca me he avergonzado de mi raza o de mi apellido, todo lo contrario, me siento orgullosa de llevar un apellido mapuche.

En cuanto a la visión de los facilitadores interculturales, estos señalan no tener claridad acerca del significado de la salud intercultural, careciendo, asimismo, de lineamientos técnicos para implementar el enfoque: *“la interculturalidad, como concepto, se ha ido desarrollando de a poco, porque no hay nada escrito o hecho como para poder... o un lineamiento de base para poder avanzar, sino que es una construcción constante”*. Sin embargo, comprenden la salud intercultural como una forma de atención posible de construir en base al reconocimiento de los derechos del pueblo mapuche, la participación de las comunidades y el compromiso institucional: *“es uno de los principios para avanzar. El reconocimiento, hoy día, el pueblo mapuche no está reconocido constitucionalmente, que es parte de la base que como Estado que empieza a dar como algunas directrices digamos”*.

Igualmente, los prestadores de salud técnico-profesionales reportan no conocer cabalmente el significado de la salud intercultural: *“No existe una definición clara, cada uno adapta el concepto a lo que cree, a lo que sabe”*. No obstante, a partir de la experiencia práctica, consideran la salud intercultural, en tanto programa, como un medio para aprender de la cultura mapuche y rescatar conocimientos de salud, adquirir herramientas para entablar una mejor relación con el usuario y complementar el sistema biomédico con el sistema mapuche.

A nivel operativo, los prestadores de salud estiman que el enfoque de salud intercultural se traduce a acciones aisladas, teniendo baja aplicación en la acción profesional:

porque, más que los letreros en mapudungún y chileno, no se ve mucho, hay algunas enfermeras que están haciendo cosas interesantes con técnica de curaciones, que usan hierbas, usan miel, lo hacen encantadas, porque funcionan bien, pero la mayoría de los profesionales no toman mucha consideración de estar en un lugar con población mapuche.

f) Expectativas sobre salud intercultural

En general, los usuarios esperan que la línea programática de salud intercultural destine recursos a cubrir las necesidades de salud más sentidas, tales como la mayor dotación médica: *“yo creo que la falta de especialistas, porque habiendo maquinarias y teniendo un hospital nuevo, ¿para qué tanto recurso si no lo van a saber invertir bien?”*.

Por otra parte, los facilitadores interculturales mantienen la expectativa de que tanto el equipo técnico-profesional como la dirección del establecimiento conozca y respete la cultura mapuche y su cosmovisión, con el fin de configurar una atención más pertinente:

(...) que aprendieran mapudungún un poco, porque de repente llegan pacientes que hablan puro chedungún, el tema de la cosmovisión también, lo que le decía, el Wall, el círculo, nosotros somos responsables de todo lo que alcanza a ver nuestra vista, las ceremonias, la diferencia del lawentuchefe y la machi, entre un lonko y un dirigente, porque ese problema tenemos con el director, que él no cree en los lonkos, y yo le digo que no, el lonko tiene la sabiduría, el dirigente sabe dirigir, pero no tiene el conocimiento.

Por su parte, los prestadores técnico-profesionales esperan contar con un catastro de los agentes tradicionales de la zona, con el fin de establecer una vinculación entre estos últimos y el hospital: *“debiéramos tener una sistematización de nuestros kimche, de nuestros lawentuchefe, de nuestras machi, debiéramos salir a recorrer, a buscar y complementar”*.

Objetivo específico N°2: Conocer la visión y expectativas sobre la salud mental intercultural de usuarios y prestadores de salud

Los temas abordados en torno a este objetivo fueron distribuidos en las siguientes categorías: a) atribución de los problemas de salud mental, b) estrategias para el restablecimiento del bienestar, c) consecuencias del conflicto entre el estado y el pueblo mapuche para la salud mental, d) motivos de consulta más frecuentes entre los usuarios mapuches, e) implementación del enfoque intercultural en el área de salud mental y f) expectativas acerca de la salud mental intercultural.

a) Atribución de los problemas de salud mental

Los usuarios mapuches señalan que el surgimiento de los problemas de salud, en general, incluyendo los problemas de salud mental y espirituales, se encuentra asociado a la ruptura del equilibrio con el entorno natural y social. En este sentido, una persona enfermaría al no respetar principios de buena relación con la naturaleza, la familia y la comunidad: *“el entorno, la comunidad, y todo eso afecta, generalmente, a la salud física, espiritual y mental”*. Asimismo, refieren problemas inespecíficos de la vida cotidiana como fuente de malestar, destacando entre ellos la falta de dinero para satisfacer las necesidades básicas:

(...) puede que sea de repente por el dinero, porque si hablamos en tema de dinero, es escasez, porque el trabajo no es, entonces igual muchas veces acuden a eso, o sea, la depresión viene por preocupaciones, que se preocupan de muchas cosas (...)

Igualmente, los facilitadores interculturales señalan las transgresiones del entorno natural y espiritual como fuente de enfermedad, agregando entre estas el deterioro ambiental:

(...) bueno, esos temas son por toda la contaminación que está acá en la tierra po, antes era todo más natural, también por las transgresiones que la persona hace, por ejemplo en todo nuestro Wall, todo nuestro círculo, hay dueños, que son los

ngien, entonces si yo voy a un cerro, un lago, un río, hay un dueño, un ngien, entonces yo tengo que pedir permiso para bañarme ahí, cortar una rama, y si yo no lo hago, me enfermo.

b) Estrategias para el restablecimiento del bienestar desde la visión mapuche

Como estrategia fundamental para restablecer el bienestar emocional y espiritual, los usuarios señalan la atención de machi, destacando el poder curativo del tratamiento en base a hierbas y rituales. A la vez, señalan que el trabajo realizado por la machi trasciende la relación individual con el paciente, ya que requiere de la colaboración activa de la familia en el desarrollo de las diferentes acciones de sanación:

(...) está la machi, pero tiene que llevar a toda su familia, para que la familia esté presente ahí, porque muchas veces le piden que tiene que hacer cosas o tiene que buscar algunos remedios, y quienes tienen que aportar esa medicina o buscarla es la misma familia, y durante todo lo que dura ese proceso, interviene todo el rato la familia.

Igualmente, la activación física es mencionada como una estrategia susceptible de contribuir a la recuperación:

Yo creo que tienen que haber actividades para poder salir de una depresión, físicas, porque igual eso se genera..., sería ideal una...de lo que ve uno en todos los lugares, cosas de ejercicios, donde la persona vaya, tenga un campo pueda divertirse en cuanto a elongación, qué se yo.

c) Consecuencias del conflicto entre el Estado y el pueblo mapuche para la salud mental

Los usuarios indican el conflicto entre el Estado chileno y el pueblo mapuche como un factor que va en perjuicio de la salud mental de los habitantes de las comunidades. En este

sentido, dando cuenta del estado de temor y estrés vivenciados por las comunidades, al ser objeto de procesos judiciales que, en algunos casos, concluyen en la privación de libertad de sus miembros:

(...) en todos lados, y en las mujeres es terrible, porque en las mujeres son, no sé po, el puntal de la casa, que los papás están presos, de la familia del papá que culpa a todo el mundo de lo que está pasando, el puntal de los hijos, emocional y económicamente.

En este contexto, dan especial realce a los efectos observados en los niños: “*la niña tuvo un problema de trastorno alimenticio por lo del allanamiento. Estuvo un tiempo que no comía nada, no quería nada*”.

d) Motivos de consulta más frecuentes entre los usuarios mapuches

Profesionales psicólogos señalan la depresión como el motivo de consulta más frecuente entre los adultos, mientras que la hiperactividad sería el más común en los niños. En este sentido, destacan que tales motivos de consulta no difieren de aquellos presentados por los usuarios no mapuches:

(...) en realidad, a mí lo que me sorprendió, es que yo igual hice la práctica en un consultorio en Hualpén, y la mayor población que atendía yo eran mujeres sobre 40 con depresión, y niños menores de 10 años, 12, 13 más o menos, con problemas de hiperactividad y déficit atencional. Yo pensé que al irme a un lugar que, yo pensaba, tenía como más características de pueblo pequeño, no me iba a encontrar con lo mismo, pero llegué allá, y me encontré con las mismas mujeres sobre 40 con depresión.

e) Implementación del enfoque intercultural en el área de salud mental

Los facilitadores interculturales reportan la realización incipiente de un trabajo de coordinación con la Unidad de Corta Estadía Psiquiátrica del establecimiento. Dicha coordinación habría surgido por iniciativa de los profesionales de la unidad, quienes manifestaran interés por implementar el enfoque intercultural en su modelo de atención, por medio de la incorporación de conocimientos propios del sistema de salud mapuche para el abordaje de los casos:

(...) y donde ambas partes han estado, tanto la voluntad del psiquiatra como del equipo, en poder ver y poder ir desarrollando ese tema, porque a veces cuando tiene ese tipo de problemas a nosotros nos llaman y nos consultan 'mira, está pasando este caso', qué visión tienen ustedes, cómo podemos plantearlo y conversarlo con el equipo, y ahí nosotros vamos y conversamos con ellos y le planteamos la situación que, de acuerdo a la visión que tienen ellos.

Por su parte, prestadores de salud de la Unidad de Corta Estadía Psiquiátrica evalúan positivamente la coordinación realizada con los facilitadores interculturales. Asimismo, reportan que, en ocasiones, usuarios mapuches y no mapuches, con el respaldo de sus familias, han solicitado consultar con la machi de manera complementaria al tratamiento recibido en el hospital, ante lo cual la unidad ha comenzado a realizar derivaciones. En cuanto a los resultados de las derivaciones, señalan no observar un efecto en la remisión de síntomas, no obstante, dicha gestión contribuiría a validar las creencias del usuario, aumentando la adherencia de estos últimos: *“pero sí lo que sé es que las familias, como que me he dado cuenta que las familias tienen mayor cercanía con el equipo, hay mayor confianza, hay mayor vinculación, se sienten validados ellos”*.

f) Expectativas acerca de la salud mental intercultural

A lo largo del relato de los usuarios, se identifica la expectativa de que los profesionales conozcan la cosmovisión mapuche y los principios culturales, con el fin de entregar una atención adecuada y reducir la falta de pertinencia con que esta se desarrollaría

actualmente: *“ha habido machi que han sido declarados esquizofrénicos, y después de que van a la machi y dicen `no, es que tú tienes fileu` la esquizofrenia se cura”*.

Facilitadores interculturales y prestadores biomédicos tienen como expectativa en este ámbito diseñar un protocolo para formalizar la derivación de usuarios a machi.

Objetivo específico N°3: Describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural, y sus facilitadores y obstaculizadores.

A partir del relato de los participantes, los resultados se han organizado en las siguientes categorías: a) motivos para implementar el enfoque de salud intercultural, b) participación de los usuarios, c) actitud del equipo técnico-profesional, d) rol del facilitador intercultural, d) acciones para la implementación del enfoque de salud intercultural, f) principales logros del proceso de implementación, g) facilitadores del proceso de implementación, y h) obstaculizadores del proceso de implementación.

a) Motivos para implementar el enfoque de salud intercultural

Tanto los facilitadores interculturales como los prestadores de salud técnico-profesionales hacen referencia a los motivos que impulsaran la implementación del enfoque de salud intercultural.

Desde la perspectiva de los facilitadores interculturales, esta iniciativa se habría visto impulsada por las comunidades mapuches, quienes manifestaran la necesidad de recibir una atención de mayor calidad, con énfasis en la demanda de un mejor trato de parte los prestadores de salud:

A solicitud de las comunidades, por el mismo tema que debía instalarse el programa de salud y pueblos indígenas en los hospitales, frente a la discriminación que existía en los hospitales a la población mapuche, o donde la población no sentía que era atendida de buena forma, o comprendida, más bien dicho...

Por otra parte, el equipo técnico-profesional, refiere el interés de un anterior director del hospital por visibilizar la presencia del pueblo mapuche en el establecimiento como motivo para implementar este enfoque: *“aparecieron los primeros lineamientos en cuanto a la parte intercultural, y vino precisamente de la mano de uno de los médicos que fue director en ese momento”*.

b) Participación de los usuarios

Los usuarios señalan un primer momento en el proceso de implementación, en que las comunidades mantuvieran una participación relevante, siendo consultados por las autoridades locales y provinciales, planteando requisitos, en específico, respecto a la construcción del edificio que actualmente alberga al hospital, y a la elección de los facilitadores interculturales.

En la actualidad, los usuarios reportan no tener participación, manifestando que la implementación de este enfoque ha sido un proceso “de arriba hacia abajo”, y relevando aspectos críticos tales como la falta de injerencia en la elección de directivos y en la contratación de los prestadores de salud. Asimismo, visualizan factores asociados a la baja participación: *“la gente participa muy poco, primero, por ignorancia, segundo, por miedo, y tercero, porque no se les invita, porque para ellos es un gasto y es innecesario preguntarle a toda la gente”*.

Asimismo, los facilitadores interculturales dan cuenta de la participación de los usuarios en los inicios de la implementación, la que se habría visto significativamente disminuida debido al incumplimiento de acuerdos por parte de las autoridades de salud, generándose un clima de desconfianza. Reportan que, en la actualidad, una de las demandas centrales de las comunidades es obtener participación en la administración del establecimiento, lo que fuera uno de los acuerdos transgredidos por la institución de salud. Los facilitadores señalan la inadecuación de la falta de participación de las comunidades, por cuanto esta fuera una de las exigencias planteadas al Estado por la normativa internacional:

Las comunidades son autónomas. Ellos están conformados como comunidades a través de la Ley Indígena y también están las autoridades ancestrales, que también ahí están, lo dice el Convenio 169, que uno tiene que trabajar con ellos.

Del mismo modo, los prestadores técnico-profesionales reportan que la participación de los usuarios se habría circunscrito al diseño del proyecto arquitectónico del hospital. Respecto a la situación actual, parte de los entrevistados señalan que se encuentra en discusión un modelo de participación, mientras que otros refieren desconocer el tipo de relación existente entre el hospital y las comunidades: “*Desconozco si hay alguna mesa de trabajo o hay algo en que periódicamente se reúnen y se hable de este tema, lo desconozco*”.

c) Actitud del equipo técnico-profesional

A lo largo del relato, los usuarios declaran percibir falta de compromiso por parte de los prestadores de salud respecto a la implementación de un modelo de atención respetuoso y culturalmente pertinente, lo que es asociado a una actitud de discriminación hacia el pueblo mapuche. En este sentido, indican como una situación de gravedad el trato despectivo otorgado a autoridades ancestrales en diversas instancias de atención:

Entonces el machi entró en trance, no lo atendieron a tiempo y después, al final, cuando lo vieron que estaba, según ellos, entrando en convulsión, lo bajaron para atender, y cuando apenas lo vio un paramédico y una doctora, le dijeron `ah, ya te estai haciendo. ¿Qué vai a decir ahora, que soy machi para liberarte de la detención?`.

Igualmente, los facilitadores interculturales refieren falta de voluntad por parte de los prestadores biomédicos para incorporar acciones tendientes al logro de la interculturalidad, indicando que el mayor grado de resistencia sería presentado por el estamento médico:

El problema más grande acá son los médicos, porque a las enfermeras ya las tenemos sensibilizadas, una está ahí y llegan los médicos, y la hacen salir a una,

como que molesta, estando una adentro de la sala y que la hagan salir, todavía está esa dificultad.

No obstante lo anterior, los facilitadores identifican una leve mejoría en la actitud de los profesionales tras las acciones de sensibilización efectuadas.

Los prestadores técnico-profesionales, por su parte, dan cuenta de una actitud de resistencia en el equipo en general hacia la incorporación de conocimientos y prácticas propios del sistema de salud mapuche:

(...) se genera este sentimiento de rechazo, de resistencia a poder aprender algo que es distinto. Por cierto, hay funcionarios que se han manifestado con la disposición de querer asumir esto como parte de un tema personal, pero no es la mayoría, y con ellos hay que iniciar un trabajo que es especial.

d) Rol del facilitador intercultural

El facilitador intercultural es reconocido por los participantes como la figura en quien ha recaído la responsabilidad de implementar el enfoque de salud intercultural al interior del establecimiento.

En este sentido, los usuarios relevan la escasa validación de esta figura, junto con su escasa injerencia respecto a las decisiones relativas a la atención de los usuarios mapuches: *“Él dice ‘¿qué tengo que hacerte caso a ti?, tú no eres médico, yo sí’. Entonces, las facultades y las atribuciones que tiene el asesor intercultural son casi nulas”*.

Los propios facilitadores interculturales dan cuenta de un rol de principales ejecutores de la programación de salud intercultural, desde el cual desempeñan acciones de coordinación de operativos de salud dirigidos a usuarios mapuches, gestión de traslado de usuarios a consulta con machi, realización de capacitaciones a los equipos, ejerciendo, a la vez, un papel de asesoría en temas asociados al sistema de salud mapuche toda vez que la dirección lo solicita.

Por otra parte, los prestadores biomédicos indican que, desde su incorporación, el facilitador intercultural habría desempeñado labores de asistencia a los usuarios mapuches, tales como la entrega de artículos de higiene a usuarios hospitalizados, gestión de horas médicas y colaboración en la realización de diversos trámites. Asimismo, refieren una baja vinculación entre esta figura y el equipo del establecimiento: *“pa` serte bien sincero, yo no conocía cuál era la labor, yo los veía ocupados siempre, pero el contacto con la gente no era mucho, de los profesionales con ellos, de ellos con los profesionales...”*. En la actualidad, dan cuenta de una evolución de dicha situación, por cuanto los facilitadores mantendrían una mayor comunicación con las diversas unidades, desempeñando un rol incipiente de asesoría en torno a la cultura mapuche.

e) Acciones para la implementación del enfoque de salud intercultural

Facilitadores interculturales y prestadores técnico-profesionales dan cuenta de las acciones mediante las que se ha implementado el enfoque de salud intercultural en el establecimiento.

Los facilitadores interculturales señalan como principal acción la formación de un equipo multidisciplinario para la unidad intercultural, compuesto por un representante de cada una de las unidades del hospital. Dichos representantes serían los encargados de traspasar la información relativa a la línea programática a sus respectivas unidades, y de llevar a cabo acciones puntuales, en el caso de que estas sean solicitadas.

Los prestadores biomédicos rememoran los inicios del proceso de implementación, indicando como las acciones más relevantes la incorporación de la figura del facilitador intercultural, la realización de capacitaciones sobre el pueblo mapuche y su sistema de salud, la instalación de señalética en mapudungún y la celebración de ceremonias tradicionales mapuches. Respecto a la situación actual, reportan que la unidad intercultural gestiona el traslado de usuarios a atención con machi. Asimismo, reportan la reciente elaboración de un protocolo de entrega de placenta, encontrándose en desarrollo protocolos para la incorporación de agentes de salud mapuche y para definir mecanismos de participación de comunidades y usuarios: *“Ese modelo es lo que hemos estado discutiendo*

acá dentro como base desde la unidad del equipo de salud intercultural, tenemos un par de propuestas de cómo salir a hacer esta participación, de cómo generarla”.

f) Principales logros del proceso de implementación

Desde la mirada de los usuarios, los principales logros del proceso de implementación corresponden a la elaboración de un protocolo de entrega de placenta a las madres y familias de recién nacidos, en respuesta a una demanda de los propios usuarios, quienes manifestaran la importancia de esta acción dentro de la cosmovisión mapuche: *“La cosa que a mí me parece positiva que se ha dado este último tiempo fue el protocolo escrito de la placenta, que es la primera cosa escrita que se hace en un hospital”*. Igualmente, valoran como un aporte la facilitación del traslado para los usuarios que solicitan atención de la machi.

Respecto a los facilitadores, estos estiman que, en general, se han obtenido escasos avances en la implementación de este enfoque. En este contexto, consideran como un logro la instalación de la discusión dentro del equipo técnico-profesional acerca de las implicancias de la salud intercultural: *“porque hoy día se ha logrado desde este mismo hospital, que sea un hospital que en su discusión también ha acabado en revuelo y todo, porque el tema de la interculturalidad es una lucha constante”*. A nivel operativo, sitúan como principales avances el traslado de usuarios a machi y el protocolo de entrega de placenta.

Asimismo, los prestadores biomédicos consideran la elaboración del protocolo de entrega de la placenta como el logro más significativo a lo largo de implementación del enfoque de salud intercultural. A la vez, reconocen como un avance la ampliación del número de familiares que acompañan a usuarias al momento del parto, lo cual fuera un requerimiento constante de las usuarias mapuches.

g) Facilitadores del proceso de implementación

Como elementos facilitadores, se distinguen: g.1) presencia de normativa relativa a los derechos de los usuarios mapuches, g.2) empoderamiento de los usuarios, g.3) compromiso personal de prestadores técnico-profesionales, y g.4) sistematización de los resultados de las acciones implementadas.

g.1) Normativa y políticas públicas relativas a los pueblos originarios

Desde la perspectiva de los facilitadores interculturales, la presencia de normativa nacional e internacional en torno a los derechos de los pueblos originarios constituye un elemento que propicia el trabajo tendiente al logro de la interculturalidad en salud, señalando, asimismo, la relevancia de la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes:

Hoy día existen normativas, que pueden dar o reafirmar un trabajo de interculturalidad en salud, convenio 169, políticas de salud indígena, norma 16 y ahora la ley de deberes y derechos también, el artículo 7 que también da un pie como para avanzar en todo esto.

A la vez, los prestadores de salud biomédica indican las exigencias planteadas por las políticas públicas como un factor que ha obligado a los equipos de salud a desarrollar acciones tendientes a implementar el enfoque intercultural:

Las políticas públicas, es el punto de partida, porque como te digo, todos los trabajadores y todos los funcionarios del hospital conocen la cultura, saben dónde están, todos sabemos dónde estamos, yo no siendo de ahí tuve que aprender a conocer la cultura, porque tenía que conocerla, te fijas, pero las políticas públicas son las que nos obligan, de esta forma nos dan los lineamientos de lo que sí se hace.

g.2) Empoderamiento de los usuarios

Los usuarios señalan que un elemento que ha facilitado la implementación de adecuaciones culturales en el modelo de atención corresponde al mayor conocimiento de sus propios derechos en tanto usuarios mapuches, a partir de lo que han planteado demandas y dialogado con el hospital en torno a la exigencia de tales derechos:

La presión de la gente, y la educación de la gente sobre sus derechos, eso es un derecho de cualquier ciudadano el hablar con cualquier director del servicio público, no pueden negarse a eso, y más si tiene que ver con un tema de derecho fundamental.

g.3) Compromiso personal de prestadores técnico-profesionales

Los prestadores técnico-profesionales estiman que uno de los elementos que ha contribuido a la obtención de avances en la instalación del enfoque intercultural corresponde al compromiso e interés personal de miembros del equipo biomédico, quienes han asumido responsabilidades y acciones de manera paralela a las funciones propias de su cargo, careciendo de tiempo y remuneraciones extra:

Yo creo que es eso como lo principal. Como la fuerza para... en realidad, es como empoderarte y ser parte de este hospital intercultural y decir `yo voy a ayudar a que este modelo se implemente`, pasa por personas, probablemente si no fueran las personas que están y las cambiamos, a lo mejor no sería lo mismo.

g.4) Sistematización de los resultados de las acciones implementadas

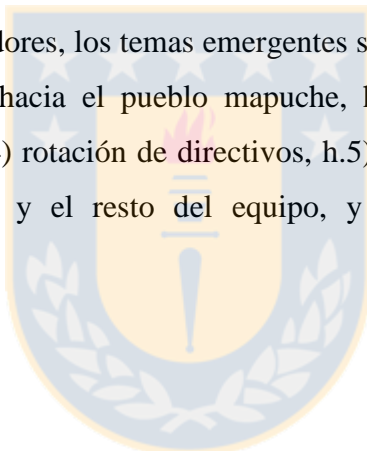
Los facilitadores interculturales señalan la sistematización de las acciones como un elemento que contribuye al proceso de implementación, por cuanto ha permitido evaluar y socializar los resultados del trabajo desarrollado. A la vez, la visibilización de resultados

positivos incrementaría el grado de aceptación hacia la interculturalidad de parte de los prestadores técnico-profesionales:

Uno de los principales es el de la sistematización de la información, por ejemplo el tema de las curaciones cuando se da con la machi o con la enfermera, eso no se había visto en ninguna parte, por lo menos, costó lograr hacer, costó convencer a la enfermera, que fueron dos en este caso, y ellos en conjunto con el equipo empezaron a sistematizar y ver la evolución del paciente y, claro, después con eso mismo se buscaron bibliografías donde se respaldó esa información.

h) Obstaculizadores

En cuanto a los obstaculizadores, los temas emergentes son: h.1) choque paradigmático, h.2) falta de reconocimiento hacia el pueblo mapuche, h.3) falta de competencias del equipo técnico-profesional, h.4) rotación de directivos, h.5) falta de comunicación entre la unidad de salud intercultural y el resto del equipo, y h.6) escasez de tiempo para operativizar el enfoque.



h.1) Choque paradigmático

Desde la visión de los usuarios, uno de los principales obstaculizadores de la implementación de un modelo intercultural de atención corresponde a las diferencias entre la visión de mundo occidental y la propia del pueblo mapuche. En este sentido, hacen alusión al dominio del paradigma occidental en la institución hospitalaria, la cual, en ocasiones, se presenta como excluyente de la perspectiva mapuche: *“porque al final esto tiene que ver con la visión del mundo winka, porque el hospital es winka, no es mapuche”*.

h.2) Falta de reconocimiento hacia el pueblo mapuche

Los usuarios refieren la falta de reconocimiento de los derechos del pueblo mapuche por parte del Estado como un contexto que impide una relación respetuosa entre ambos actores. En este sentido, dan cuenta de una actitud discriminatoria de parte de la sociedad general, escenario en el que no estiman posible la interacción paritaria en el ámbito de la salud:

(...) y como nivel país, los derechos indígenas están muy restringidos, en el tema de salud es lo mismo. Entonces es un tema de avanzar en el derecho, el trato, en que aquí se reconozca que aquí vive gente mapuche que no tiene la misma costumbre y, de hecho, hay una mala visión de la gente mapuche, que el mapuche es violento, que es terrorista, que la cosa, y si no, es que hay brujería... entonces, yo creo que pasa por un tema de derecho.

Igualmente, los facilitadores interculturales señalan la ausencia de reconocimiento constitucional de los derechos de los pueblos originarios como un obstáculo para alcanzar los objetivos de una atención culturalmente pertinente: “*Yo creo que, a nivel macro, si no hay un reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas, es difícil avanzar*”.

h.3) Falta de competencias del equipo técnico-profesional

Los usuarios destacan como un obstaculizador la falta de competencias del estamento médico para la entrega de una atención culturalmente adecuada y la interacción con otros sistemas de salud, haciendo alusión a la mantención de una posición hegemónica en tanto prestador biomédico, así como a la responsabilidad del hospital de no exigir formación acorde a la calidad de intercultural del establecimiento:

(...) porque el médico tampoco tiene pertinencias, o no tiene como requisito en su currículum que cuando él postule a este hospital tiene que tener como requisito esencia, tener conocimiento, no completo ni cabal, pero tener al menos un conocimiento que sea comprobado de que él tiene conocimientos en el tema mapuche, tanto en medicina y en cosmovisión, porque o si no, no sirve en el

hospital, porque él va a decir ´no, yo soy médico, soy preparado académicamente, y en ninguna academia me dijeron que había otra medicina que también había que validar´. Entonces, ese medico dice ´ah mira, ya, está bien, que está bonito, que folclórico, incluso, lo que me estás diciendo, pero yo tengo una formación, y tengo una forma de aplicar medicina´, y él es el dios ahí.

Asimismo, los facilitadores interculturales distinguen como un obstaculizador la falta de conocimientos del equipo técnico-profesional acerca de la interculturalidad y el sistema de salud mapuche:

(...) en la construcción de la interculturalidad hoy día en Cañete ha llamado bastante la atención, y donde han manifestado muchos funcionarios no estar preparados para asumir este rol, porque, si se supone que estamos en un hospital intercultural, todos deberíamos tener una visión respecto de cómo es la interculturalidad, o si alguien le pregunta `dónde` o `qué hace lawentuchefe` sepan cómo responder.

Por otra parte, los propios prestadores biomédicos reconocen la falta de formación y sensibilización en torno a los derechos de los pueblos originarios y la entrega de una atención con mayor pertinencia como un elemento que dificulta la consolidación de este enfoque: *“pero nos falta harto todavía por avanzar, y sensibilización y educación, tanto en las leyes que existen, porque nuestro personal no tiene idea de todas las leyes que existen, de discriminación, de trato”*.

h.4) Rotación de directivos

Los facilitadores interculturales refieren la rotación de directivos como una situación que ha adquirido el carácter de habitual en el hospital de Cañete. Desde su perspectiva, lo anterior constituiría un factor que dificulta significativamente la consolidación de un modelo de atención intercultural al interior del establecimiento, impidiendo la continuidad y acumulatividad del trabajo realizado: *“Resultó bien un tiempo, después, el cambio de*

directivos muchas veces y una reformulación de los cargos, por tanto, habían personas que desconocían el tema y era nuevamente empezar todo de nuevo”.

h.5) Falta de comunicación entre la unidad de salud intercultural y el resto del equipo

No obstante la formación de un equipo multidisciplinario para la unidad intercultural, los prestadores refieren un deficitario nivel de comunicación entre tal unidad y el equipo general del establecimiento. Lo anterior daría lugar a un clima de desconocimiento sobre las acciones y objetivos desarrollados en torno a la implementación del enfoque intercultural: *“Hay mala difusión de todos los planes de trabajo que se han generado de la unidad, o de los objetivos...”.*

h.6) Escasez de tiempo para la operativización del enfoque

Los facilitadores estiman como una dificultad para obtener avances en la implementación del enfoque intercultural la escasez de tiempo en relación a las múltiples responsabilidades y tareas asignadas. Entre estas se encuentran la gestión de acciones a nivel operativo, tales como el traslado de usuarios a atención con machi, y, por otra parte, el desarrollo de procesos de gran envergadura, como lo es la sensibilización y capacitación del equipo en torno a los derechos de los pueblos originarios y la interculturalidad en salud:

Yo creo que el tema de la lista de espera que tengo de pacientes para ir a machi, que alguien se dedicara al traslado de las personas, y alguien se quede acá, porque nosotros somos dos y no damos abasto, por eso he dejado de ir a la machi, porque no me da el tiempo.

La escasez de tiempo también es percibida como un obstaculizador por prestadores técnico-profesionales.

3. Resultados Comuna de Tirúa

A continuación se presentan los resultados derivados de las entrevistas aplicadas a usuarios, agentes tradicionales, facilitador intercultural y prestadores técnico profesionales del Cesfam de Tirúa.

La visión y expectativas de usuarios y agentes tradicionales tienen muchos elementos en común, por lo que son consideradas conjuntamente. Tres de los participantes entrevistados desempeñan un doble rol como agentes de salud tradicional y usuarios del Cesfam.

Objetivo específico N°1: Conocer la visión y expectativas de salud intercultural de usuarios y prestadores de salud

Los temas consultados dentro de la visión de salud intercultural hacen alusión a: a) contexto en que se encuentra la población mapuche de Tirúa, b) características y necesidades de salud del usuario mapuche, c) relación de usuarios con prestadores técnico-profesionales, d) componentes de una salud culturalmente adecuada, e) visión general y f) expectativas acerca de la salud intercultural.

a) Contexto

Prestadores técnico-profesionales dan cuenta de un contexto de vulnerabilidad, señalando que la población mapuche de Tirúa se encontraría afectada por condiciones de pobreza, saneamiento básico insuficiente, aislamiento y baja escolaridad:

El problema de comunas como Tirúa, es atraso en relación al resto del país, estamos desfasados como en diez años, entonces todavía acá en la comuna tenemos que preocuparnos de resolver situaciones como de saneamiento básico, todavía tenemos problemas con la accesibilidad, problemas de caminos, tenemos progresos, pero aún hay lugares inaccesibles en invierno, todavía tenemos bastante situación de nivel educacional precario.

Por otra parte, prestadores del Cesfam hacen alusión a la situación de conflicto entre empresas forestales y comunidades de Tirúa, la cual ha derivado en la merma progresiva de territorio para éstas, con la consecuente pérdida de identidad de los usuarios mapuches:

La identidad del mapuche también pasa por la tierra, y en ese sentido la cosa es un poco compleja, porque desde la llegada de las forestales eso ha influido bastante en que muchos de los terrenos, junto con quitarles terrenos y plantar pinos, también se ha incentivado a la plantación de pino y eucaliptus, a los monocultivos, y eso ha tenido consecuencias en la identidad mapuche, en la cosmovisión.

En específico, los prestadores que hacen referencia a este aspecto, son mapuches.

b) Características del usuario mapuche

Desde la perspectiva del Facilitador Intercultural, el Cesfam cuenta con usuarios mapuches que mantienen sus tradiciones. Asimismo, destaca la presencia de una tasa de morbi-mortalidad mayor de la población mapuche que la de la población general.

Igualmente, los prestadores técnico-profesionales refieren una mayor tasa de morbi-mortalidad para la población mapuche. Distinguen, también, sentido de pertenencia cultural en los usuarios, con mantención de elementos identitarios tales como ceremonias, y diferencias territoriales y etarias en el grado de conservación de tradiciones. Observan, asimismo, un proceso de sincretismo cultural: *“se van mezclando las cosas po, a medida que llega la globalización, el chileno ya no es tan chileno po, el chileno es chileno medio gringo, acá el mapuche ya no es tan mapuche, es mapuche medio chileno...”*.

Destacan, igualmente, la conservación del sistema de salud mapuche, evidenciado en creencias y prácticas tradicionales de salud, visualizando una mayor validación de los usuarios hacia el sistema tradicional que hacia el sistema biomédico: *“sí, igual eso es no sé si decir como un problema, pero por ejemplo uno pierde credibilidad frente a personas que son mapuches porque ellos entienden que los conceptos son distintos”*.

c) Necesidades de Salud de la población mapuche

Como principales necesidades de salud, usuarios y agentes tradicionales hacen alusión a aspectos situados dentro del sistema biomédico, manifestando requerimientos asociados a un mejor acceso a establecimientos de salud y una mayor cobertura sanitaria, refiriendo en específico la necesidad de incrementar la dotación médica y las horas de atención. Señalan *“Que hubiera más vehículo igual, de repente no hay como para salir en las emergencias, hay poco médico igual, no importa que haya linda casa, porque igual falta médico, porque de repente la hora no sale nunca...”*. Asimismo, destacan la necesidad de contar con atención oportuna y de mejor calidad, estando centrado este último punto en la demanda de médicos con más experiencia. No obstante, emerge igualmente la necesidad de contar con agentes de salud tradicional mapuche y hierbas medicinales dentro del Cesfam: *“me gustaría que hubiera un lawentuchefe ahí mismo, o un huesero, que tuviera una sala aparte, una cocina pal lawentuchefe pa que haga sus remedios, y si alguien viene con baja presión, hay remedio”*.

Igualmente, el facilitador intercultural destaca la necesidad de una mayor oportunidad de la atención, con énfasis en la atención de médicos especialistas, y un mejor trato de parte de prestadores profesionales hacia los usuarios, en especial, a usuarios mapuches y a aquellos provenientes de sectores rurales. Este actor releva también la necesidad de recibir atención de machi como una demanda creciente de los usuarios.

Los prestadores técnico-profesionales coinciden en señalar necesidades de índole biomédica, alusivas a una mayor cobertura sanitaria en el ámbito de cantidad de horas de atención, acceso a establecimientos y oportunidad de la derivación a médicos especialistas.

Los prestadores técnico profesionales, por su parte, distinguen problemáticas específicas derivadas de la actividad forestal, tales como la pérdida de la tierra y el deterioro ambiental, lesiones musculoesqueléticas en trabajadores forestales y somatizaciones asociadas a conflictos por tierra:

En muchos sectores se encuentran conflictos en las comunidades, que yo desde el punto de vista como médico he atribuido al tema de la tierra, me toca ver a familias

que han tenido conflictos con el vecino y que se afectan bastante, aparecen los dolores de cabeza, los trastornos digestivos, las depresiones y que todo tiene que ver con un conflicto con el vecino y eso tiene relación con el poco terreno que tienen.

Un mejor trato hacia los usuarios también es visto como una necesidad por parte de los prestadores biomédicos, quienes señalan requerimientos de un mayor respeto, empatía, escucha y acogida.

d) Relación entre usuarios y prestadores técnico-profesionales

Usuarios y agentes tradicionales, en general, manifiestan conformidad respecto del trato de los prestadores técnico-profesionales del Cesfam, el que es caracterizado como amable y cercano: *“son bien amables conmigo, y todos me conocen más encima”*. Sin embargo, dicha visión difiere respecto de los profesionales médicos, quienes son percibidos sosteniendo una relación despersonalizada con los usuarios, con predominio de intereses monetarios por sobre el interés de restablecer la salud:

Yo pienso que ellos no están ni ahí con que la gente se mejore, eso es lo que pienso yo, a ellos qué les importa que se mejoren o que se mueran, nada po, ellos quieren su plata no más, como que les da lo mismo, están acostumbrados a tratar con tantos enfermos, y que se mueran o que estén enfermos, a ellos qué se les da...

Igualmente, refieren disconformidad tanto con la escasa experiencia detentada por el equipo médico, como con la utilización de los pacientes para adquirir conocimientos: *“eso es lo que a la gente no le gusta, porque ya cuando saben hartito, lo trasladan pa otra parte, y vienen otros que no saben, yo pienso que vienen a aprender, a hacer práctica...”*. En este contexto, se observa, asimismo, una baja confianza hacia el diagnóstico médico *“antes tenía diabetes, hace como dos años en el consultorio haciéndome exámenes me dijeron, pero yo no les creía nunca”*.

Respecto a la actitud del equipo médico hacia las prácticas de salud tradicional, los usuarios reportan que los médicos no consideran los resultados del tratamiento mantenido con agentes tradicionales, percibiendo desagrado hacia tales prácticas

Yo le dije una vez, él no le dio más importancia, yo creo porque a ellos les gustaría que uno se atendiera con ellos nomás, como que no me agarró mucho, yo le dije que estaba tomando remedios de hierbas, que estaba yendo a una médica y que me estaba haciendo bien, pero no me dijo nada...

e) Características de una salud culturalmente adecuada

Los prestadores del Cesfam se refieren a las características de una salud culturalmente adecuada, considerando que ésta requiere ajustar la atención a cualidades de los usuarios, tales como creencias de salud, lenguaje y diferencias identitarias según su territorio “*o sea tú con tu usuario no puedes usar términos acabados científicamente para explicarle algo, tengo que ser capaz de yo entender y yo adaptarme al usuario, él no tiene que adaptarse a mí*”.

Asimismo, estiman necesaria la validación del sistema de salud mapuche en sus componentes cognitivos y prácticos, la legitimación de agentes tradicionales de salud, y el reconocimiento del sistema mapuche como parte del itinerario terapéutico de los usuarios, sin imponer dogmas del modelo médico “*porque yo no puedo pretender que alguien no me va a decir, como enfermera, que no sé, que a mi guagua le dio un empacho o está aojada, yo no puedo decirle ‘no, no creo, esta señora está loca’, qué va a pensar la usuaria*”.

La complementación de conocimientos entre el sistema tradicional y profesional es referido como otro elemento de una salud culturalmente adecuada:

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

Por otra parte, se distinguen características técnicas y personales de los prestadores, necesarias para otorgar una salud culturalmente adecuada. Entre las características técnicas, prestadores señalan la necesidad de conocer el sistema de salud mapuche, comprender la cosmovisión del usuario, contar con formación en interculturalidad, así como conocer el contexto histórico-político del pueblo mapuche:

(...) todos tenemos que tener una cierta inducción, para mí es fundamental que todas las personas que lleguen a trabajar manejen conceptos de historia mapuche, porque con todo esto de los cortes de camino, de las recuperaciones que están haciendo las comunidades, uno tiene que tener la claridad de por qué se están generando estas recuperaciones y uno no puede ser parte de comentarios irresponsables que siguen el mismo juego que la prensa.

A nivel personal, se señala como necesaria la actitud de respeto, empatía y acogida, así como la capacidad de establecer una relación de confianza con usuarios y agentes 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.

f) Visión de salud intercultural

En cuanto a la visión sobre salud intercultural, usuarios y agentes mapuches señalan, en primer lugar, el empleo de hierbas como la fuente de restablecimiento de la salud empleada tradicionalmente por la comunidad, destacando su efectividad y valor, en especial, ante la falta de cobertura del sistema biomédico en el pasado. En este sentido, el Cesfam es visto como un recurso de salud foráneo, cuya presencia es percibida como reciente en el tiempo: *“igual confío en el remedio de hierbas, porque antiguamente, las personas, mi abuelita, mi mamá, siempre ellos, casi no venían al consultorio, puras hierbas...”*.

Se observa, asimismo, desconfianza hacia los tratamientos farmacológicos, señalándose que, dados los efectos adversos percibidos, sería habitual discontinuar los tratamientos y reemplazarlos por hierbas medicinales. Los usuarios reportan

Fui a control y le dije al médico que no me iba a tomar la pastilla y me dijo '¿Cómo se va a mejorar usted si no se toma el tratamiento?', yo le dije 'yo soy la que sufro con esto que me dan, más encima estoy trabajando y uno no puede andar así' entonces después me dijo que me tome media para probar cómo andaba, y probé igual, pero lo mismo, después dejé de tomar esa pastilla, pero le dije al médico que igual me la tomaba, pero dejé de tomarla y seguí tomando los remedios de la médica.

No obstante, usuarios y agentes tradicionales reconocen ciertas ventajas en el sistema biomédico, asociadas a una mejor capacidad de manejo de infecciones y a la disposición de tecnología para el abordaje de emergencias de salud:

(...) porque en el hospital, hablando bien claro, está toda la tecnología para que si viene con problemas ese bebé, al tiro sigue el tratamiento, y otra cosa, no hay infecciones, y acá afuera del hospital hay, aunque uno diga "no, acá no", en el aire andan pues.

En este escenario, usuarios y agentes tradicionales refieren complementar elementos provenientes tanto del sistema tradicional como biomédico a conveniencia, con el fin de obtener el restablecimiento de la salud *"Sí, los dos tratamientos los tomé, entonces ya después volví a ir otra vez a la machi, como tres o cuatro veces, y me seguí controlando acá igual"*.

En cuanto a la incorporación de agentes tradicionales a las prestaciones entregadas por el Cesfam, es considerada como un beneficio para la comunidad, por cuanto agentes tradicionales representan un recurso ante problemas que no son resueltos por el sistema biomédico, contribuyendo, asimismo, a reducir la aplicación de procedimientos invasivos:

Encuentro bien, si no hay una mejoría con el médico, está la hierba, y así las personas se pueden mejorar, muchas personas se han mejorado así, cuando se

hacen ver por médico y a veces no les resulta, van a la hierbatera y a veces se mejoran con las hierbas, yo he escuchado.

Asimismo, se aprecia dicha incorporación como un medio para rescatar conocimientos de salud, junto con una amplia validación hacia los agentes tradicionales:

También es bueno, porque las personas que saben arreglar huesos es mejor que el médico, porque ellos empiezan a buscar los huesitos y a acomodarlos”. Todo lo anterior es valorado por usuarios, especialmente, por cuanto en el pasado fueran objeto de sanciones por parte de profesionales al desarrollar prácticas de salud tradicional “las matronas se portaban muy mal con uno cuando uno tenía a sus hijos en la casa, trataban lo más mal posible, a mí me pasó eso, porque de los siete hijos que tengo, uno fui a tenerlo al hospital, mi suegra era partera...

Igualmente, el Facilitador Intercultural considera beneficiosa la incorporación de agentes tradicionales, destacando la derivación a machi, la cual tendría una acogida positiva por parte de los usuarios, siendo demandada tanto por usuarios mapuche como no mapuche:

(...) últimamente yo creo que hemos tenido buena acogida, a la gente le ha ido bien con la machi, la gente se ha sanado, ha sentido que le ha hecho bien, incluso, nosotros no llevamos sólo a los mapuche, llevamos a wingkas, que le decimos nosotros a los que no son mapuche, ellos se ven muy interesados, yo creo que un 50% de las personas va, y les ha ido bien, yo creo que un 80% de las personas que va han tenido buenos resultados con la machi.

En este ámbito, el facilitador valora la atención de la machi como una práctica efectiva, capaz de restablecer la salud ante enfermedades que el sistema biomédico no logra resolver. Asimismo, señala que existe derivación desde la machi hacia profesionales ante aquellos problemas de salud que no son susceptibles de ser aliviados a través de métodos tradicionales. Señala:

(...) hemos avanzados en varias cosas, pero yo pienso que últimamente nos ha ido muy bien con el trabajo con la machi, yo tengo varios casos pero terribles terribles, y con la machi han encontrado un alivio. Bueno, la machi también le dice “yo lo

puedo sanar o no”, y cuando la machi de esa enfermedad no puede sanarla, le dice “vaya al médico”.

En concordancia con lo anterior, el trabajo de los agentes tradicionales es evaluado como efectivo por los prestadores técnico-profesionales, quienes estiman pertinente la derivación al sistema tradicional, preferentemente, ante problemas de salud de baja complejidad, problemas emocionales y ante aquellos problemas que los profesionales no logran resolver:

(...) te puedo contar que me han llevado dos veces luxaciones de hombro expuestas, el hombro no puede estar más de seis horas fuera de su articulación y, bueno, a nosotros nos enseñan la parte del libro, de la práctica y yo no pude hacerlo, no me resultó, y fuimos donde el compondor más cercano, y claro lo hicieron en un momento.

En este sentido, la salud tradicional mapuche es vista como un recurso adicional de salud.

Señalan, asimismo, el reconocimiento del sistema de salud mapuche como parte del itinerario terapéutico de los usuarios como el elemento que motivara la vinculación con agentes tradicionales:

(...) en el caso que nos llevó a trabajar esta alianza, es que generalmente nuestros pacientes, en el caso de una lesión músculo-esquelética, donde van primero es donde el compondor, muchas veces nosotros, ese paciente no llega acá, ellos van donde su tradicional médico mapuche.

En relación a la salud intercultural, esta es considerada por los prestadores técnico-profesionales como una oportunidad de complementación entre los sistemas mapuche y biomédico, así como un medio para promover la validación y el reconocimiento de agentes tradicionales, las creencias del usuario, y la conservación del sistema de salud y la cultura mapuche:

(...) yo creo que es súper enriquecedor, es un aporte grande para las personas, porque ellos validan mucho a las machis, compondores, creen mucho en ellos, es

aporte porque se valida sus sistema de creencias, con eso se mantiene la identidad también, se reconstruye, ese creo que es un aporte para la comunidad mapuche acá en Tirúa, preserva toda la identidad de salud mapuche.

Sin embargo, también se señalan conflictos entre ambos sistemas de salud, que representan dilemas para los profesionales en la práctica, relacionados con conocimientos contradictorios entre ambos modelos de salud y con la disyuntiva entre acceder a la solicitud de atención tradicional y la necesidad de otorgar atención profesional oportuna, así como con la presencia de restricciones legales:

(...) yo los puedo respetar mucho, hasta que no me vea involucrada en una situación en que tenga que decirles ‘sabe qué, me da lo mismo lo que usted crea, se tienen que hospitalizar’, y ahí llega un punto en que uno sí termina faltándole el respeto, y lo más, es la responsabilidad legal, en el fondo, yo no puedo dejar que una persona tenga un parto en domicilio, no puedo, legalmente.

En cuanto a la experiencia de los agentes tradicionales de trabajar conjuntamente con agentes biomédicos, señalan que dicho trabajo ha surgido como una iniciativa del Cesfam, la cual ha representado una fuente de apoyo y reconocimiento a su trayectoria: “*mejor para mí, porque tengo un apoyo, y un buen reconocimiento, eso para mí es una satisfacción de mi persona, porque tengo apoyo de ellos, si yo pido una ambulancia, llega de inmediato, entonces eso es un apoyo*”. Destacan esta experiencia, asimismo, como una oportunidad de intercambio de conocimientos, valorando que su labor no sea objeto de restricciones por parte de agentes profesionales:

Lo que más me gusta del trabajo con ellas, porque hay cosas que la matrona [...], las mismas mamás que andan mal, que se sienten mal, la matrona las mide, la pesa, y eso nomás hace. Yo no, yo veo a la mamá que se está lamentando, inmediatamente voy a donde está la guagua y [...] comienzo a sobar, a sobar [...] y le mando un movetón fuerte y la guagua busca su posición y queda bien, y por eso me gusta, porque ellas eso no me lo han prohibido.

Por otra parte, en cuanto al contexto general en que se inserta el campo de la salud intercultural, el Facilitador Intercultural señala que no existen las condiciones necesarias para su desarrollo en la actualidad, destacando que el sistema de salud no está diseñado para ello. Como reflejo de este escenario, hace alusión al desigual status entre agentes profesionales y tradicionales, en que estos últimos se sitúan en una posición inferior, así como a la persistencia de la actitud de profesionales médicos de desalentar la asistencia a agentes tradicionales de salud, práctica que es propia de la cultura mapuche. Refiere *“entonces cuando la gente le dice “quiero ir a la machi”, le dicen “no, para qué va a ir”, la otra vez parece que un hombre quería ir al compondor de huesos, y le dijo que no una doctora”*. En dicho contexto, señala que el Cesfam se encuentra en un nivel de funcionamiento anterior a la salud intercultural, nominado “pertinencia intercultural”, el cual es caracterizado como una adecuación del sistema de salud a la cultura del usuario, en el cual los profesionales son sensibilizados, con el fin de lograr un clima en que no se obstaculizan las prácticas de salud tradicional. En este sentido, el facilitador señala:

Acá se trabaja con pertinencia intercultural, está la encargada del programa, para que cuando llegue un profesional, poder decirle al tiro ‘usted llega aquí, pero hay una población mapuche, y está esta otra posibilidad que, cuando se la pidan, usted no la niegue...’.

Los prestadores técnico-profesionales coinciden con la visión del facilitador, subrayando que el trabajo realizado por el Cesfam corresponde a un nivel de pertinencia cultural, consistente en aceptar las prácticas tradicionales de salud y en la implementación del sistema de derivación, señalando que, en la actualidad, no existen las condiciones para desarrollar la salud intercultural, aludiendo a la asimetría entre el Estado y el pueblo mapuche, así como la tendencia a la folclorización de la cultura:

Para mí lo que estamos haciendo no es salud intercultural, es salud con pertinencia cultural, porque la salud intercultural, para que se genere yo creo que tienen que ocurrir dos entes que se relacionen de igual a igual, y esa situación en el país no está dada, por una parte tenemos el estado chileno y por otra parte la nación mapuche, y no hay un reconocimiento real, mientras no exista este reconocimiento

no se va a poder generar este dialogo, esta relación de forma de igual a igual, siempre van a haber cosas que se van a imponer.

Señalan, además, la falta de claridad teórica sobre el concepto de salud intercultural: “Yo todavía no lo tengo claro, honestamente no sé... para mí es un tema de respeto de ambas culturas, que no se pasen a llevar ambas culturas, que se respeten ambas”.

En relación con lo anterior, los prestadores consideran como elementos necesarios para el desarrollo de la salud intercultural la confianza y la horizontalidad entre agentes tradicionales y profesionales, el respeto mutuo entre el sistema de salud mapuche y biomédico, y la horizontalidad entre el Estado y el pueblo mapuche: “no transgredir las raíces, la historia de éstas personas que viene acá, que haya un respeto, sienta la confianza de que no se va transgredir sus tradiciones”.

Asimismo, el facilitador considera que la salud intercultural podría lograrse si se contara con un sistema de salud que compartiera la cosmovisión mapuche, resaltando dentro de este ámbito la mantención de un estado de equilibrio con la naturaleza y el conocimiento del verdadero sentido de las ceremonias tradicionales que actualmente se celebran en conjunto con el equipo técnico-profesional:

(...) que uno supiera estar en equilibrio con la naturaleza, y eso debiéramos conocerlo todos aquí, los funcionarios, porque conocen al facilitador, y a veces participamos en el WeTripantu, pero todavía no está el sentido, eso de renovar su ser de adentro pa volver a tener energía, como lo hace la naturaleza, y eso todavía falta.

g) Expectativas sobre salud intercultural

En relación a las expectativas sobre la salud intercultural, usuarios y agentes esperan que la vinculación del Cesfam con agentes tradicionales se mantenga, y que estos últimos continúen disponiendo del apoyo material y el reconocimiento otorgado.

En un nivel operativo, las expectativas del Facilitador Intercultural guardan relación con establecer un mayor diálogo con la comunidad en torno al trabajo desarrollado en salud intercultural, así como con sistematizar los resultados de la derivación a agentes tradicionales y evaluar sus beneficios: *“por eso necesitamos apoyo de los organismos públicos, cuántos menos médicos vamos a tener, que se vieran los resultados, por eso nosotros vamos anotando”*.

Del mismo modo, los prestadores técnico-profesionales aluden a la sostenibilidad del trabajo realizado en la actualidad junto a los agentes tradicionales, así como a la formalización del sistema de derivación, y al aumento del diálogo con las comunidades en torno a la salud: *“porque si bien sabemos quiénes son, no toda la comunidad los conoce. Acercarnos más a conversar con las comunidades, cuáles son sus necesidades”*. Asimismo, esperan que la salud intercultural revista un medio para propiciar la valoración del pueblo mapuche, promover una relación más simétrica con el Estado, y la emergencia futura de una propuesta de salud intercultural desde la comunidad:

(...) 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.

Objetivo específico N°2: Conocer la visión y expectativas sobre la salud mental intercultural de usuarios y prestadores.

Los temas abordados dentro de este objetivo fueron: a) atribución causal de los problemas de salud mental, b) estrategias para restablecer la salud mental, c) visión sobre el rol del psicólogo, d) particularidades del usuario mapuche, e) motivos de consulta más frecuentes entre la población mapuche, f) consecuencias del conflicto entre el Estado de Chile y el pueblo mapuche para la salud mental, g) cómo se ha implementado la interculturalidad en el ámbito de la salud mental, h) elementos de una salud mental culturalmente adecuada e i) expectativas sobre una salud mental intercultural. La atribución causal de los problemas de salud mental, así como las estrategias para el restablecimiento

de la salud y la visión sobre el rol del psicólogo fueron temas consultados a usuarios, agentes tradicionales y facilitador intercultural, con el fin de caracterizar la visión mapuche sobre los problemas de salud mental y su abordaje y, posteriormente, analizar el grado de encuentro de dicha visión con la perspectiva técnico-profesional acerca de lo que constituye una atención en salud mental culturalmente adecuada. Las consecuencias del conflicto entre el Estado de Chile y el pueblo mapuche para la salud mental corresponden a un tema emergente, que estuvo presente exclusivamente en el discurso técnico-profesional.

a) Atribución causal de los problemas de salud mental.

Desde la perspectiva de usuarios y agentes tradicionales, se distinguen tres categorías de factores causales de los problemas de salud mental. Estas son las preocupaciones en general, problemas relacionales tales como la pérdida de contacto con otros, conflictos interpersonales y la pérdida de los seres queridos, y una última categoría, que, con el fin de conservar con la mayor fidelidad posible la voz de los usuarios, ha sido nominada “olvidarse de Dios”: *“a uno le da depresión porque uno nunca se acuerda de Dios, porque ahí una está en el aire no más, eso me ha pasado”*.

Por su parte, el facilitador intercultural señala como factores que propician la aparición de problemas de salud mental el estilo de vida sedentario y la falta de interacción con la comunidad, destacando en esta última categoría la escasa socialización con otros, la pérdida de ceremonias tradicionales y la disminución de momentos de celebración comunitarios: *“antes había más, más momentos de alegría, de baile, de conversación, y hoy día la gente no po, si los que participan en la actividad del nguillatún son unos pocos”*.

b) Estrategias para restablecer la salud mental.

Como estrategias que contribuirían a restablecer la salud mental, usuarios y agentes tradicionales señalan el autoapoyo, la distracción respecto de las preocupaciones, la conversación, la ayuda de Chao Ngechen, el tratamiento en base a hierbas medicinales y la

asistencia al psicólogo: *“confiando en mi Chao Ngechen, yo tengo que pedir que él me ayude, que él me levante, que me saque todo esto que tengo apretado en mi corazón”*.

En cuanto a la visión del facilitador intercultural, éste manifiesta que el tratamiento desde el sistema de salud mapuche difiere del tratamiento biomédico con empleo de fármacos, señalando que el tratamiento adecuado sería el realizado por la machi. Este incluye una primera consulta con fines diagnósticos, tratamiento en base a hierbas medicinales y ceremonias de sanación cuando fuese pertinente:

(...) según el doctor, se le va a dar una tableta, es una persona que está con problemas, como que ve algo, escucha algo. Yo lo primero que haría, sería llevarlo a la machi, pa que le dé un diagnóstico a través de la orina, pero aquí se le va a hacer un tratamiento un mes con unas tabletas...

Asimismo, destaca la efectividad de la atención de la machi frente a los problemas de salud mental.

c) Visión sobre el rol del psicólogo.

Un tema consultado específicamente a usuarios y agentes tradicionales fue la visión acerca de la figura del psicólogo y su labor como agente terapéutico. Desde la perspectiva de tales actores, la labor del psicólogo puede ser tanto efectiva como iatrogénica. Es considerada efectiva en tanto el psicólogo es un agente capaz de proporcionar apoyo, generar confianza, promover la expresión de sentimientos y favorecer la resignificación de eventos negativos: *“Sí, estuve conversando con él [psicólogo], después cuando me tocó con mi nieto, muchas veces fui con él a acompañarlo, esas cosas sirven y uno se siente como apoyada por la persona”*. Por otra parte, la labor del psicólogo podría ser iatrogénica al hacer que los usuarios revivan los problemas o preocupaciones.

d) Particularidades del usuario mapuche.

La experiencia de asimilación cultural forzada surge como una particularidad del usuario mapuche desde la perspectiva de agentes técnico-profesionales, quienes reconocen como un elemento relevante en el relato biográfico de los usuarios la pérdida de la cultura, de la identidad y la experiencia de estigmatización:

(...) hay personas que ponen toda su historia mapuche en su historia de vida, y lo problematizan, sienten que eso se ha perdido en el tiempo, porque, por ejemplo, hubo un momento donde dice la gente acá en Tirúa que era malo decir que era mapuche, era muy estigmatizante...

e) Motivos de consulta más frecuentes entre la población mapuche.

De acuerdo al reporte de prestadores técnico-profesionales, se distinguen tres categorías como motivos de consulta de mayor frecuencia en usuarios mapuches, siendo estas la violencia intrafamiliar, el alcoholismo y problemas derivados de la escasez de tierra. La violencia intrafamiliar incluye tanto violencia de pareja como maltrato infantil, mientras que los problemas de salud mental asociados a la escasez de tierra corresponden a diversas somatizaciones y depresión, siendo más frecuentes entre las mujeres: *“aparecen los dolores de cabeza, los trastornos digestivos, las depresiones y que todo tiene que ver con un conflicto con el vecino y eso tiene relación con el poco terreno que tienen”*.

f) Consecuencias del conflicto entre el Estado de Chile y el pueblo mapuche en la salud mental.

El conflicto entre el Estado de Chile y el pueblo mapuche es señalado por los prestadores técnico-profesionales como una situación que trae aparejadas consecuencias sobre la salud mental de las personas. Entre dichas consecuencias observan una mayor frecuencia de alcoholismo en las zonas que se encuentran en conflicto y, por otra parte, la internalización de la agresión en las relaciones sociales. Dentro de esta última categoría,

distinguen la configuración de un clima de tensión debido a la presencia policial en el territorio, la extrapolación de la violencia a las relaciones familiares y la exposición de los niños a pautas de violencia, tales como la militarización de las comunidades y los allanamientos: *“Se me había olvidado hablarte de los niños [...] está el tema de la militarización, acá frecuentemente hay militares en las comunidades, hay allanamientos, son agresivos”*.

g) Desarrollo de la interculturalidad en el área de la salud mental.

Tanto el facilitador intercultural como agentes técnico- profesionales señalan que el enfoque intercultural carece de desarrollos en el ámbito de la salud mental en la actualidad.

Prestadores biomédicos reportan que los lineamientos provenientes del servicio de salud correspondiente carecen de adecuaciones culturales, señalando que la solicitud de incorporar una mirada intercultural es promovida desde el nivel municipal, como una recomendación hacia los profesionales que se insertan en el Cesfam, sin que existan recomendaciones técnicas específicas.

Señalan, igualmente, elementos contextuales que tornan complejo lograr una atención en salud mental culturalmente adecuada, tales como la escasez de tierra a la que se ven enfrentados los usuarios mapuches, el deterioro ambiental, la frecuencia de allanamientos y las consecuencias judiciales a las que se ven enfrentados tras participar de procesos reivindicatorios:

(...) y que hayan llevado preso a tu marido y que tu hijo esté con pesadillas producto de que vinieron las fuerzas policiales y le pegaron a tu esposo delante de tu hijo y que tu hijo está así, es complejo, es un panorama difícil trabajar la salud mental.

A la vez, el facilitador intercultural concuerda con que la interculturalidad en el ámbito de la salud mental es un tema complejo, respecto del cual existen escasos desarrollos hasta el momento.

h) Elementos de una salud mental culturalmente adecuada.

Múltiples elementos son señalados por prestadores técnico-profesionales como necesarios para configurar una atención en salud mental culturalmente adecuada. Como primera categoría, se distingue la necesidad de conocer la cosmovisión del usuario mapuche, en especial, en su plano espiritual y la relación con el entorno. Por otra parte, destacan la importancia de construir lineamientos terapéuticos acorde a la cosmovisión del usuario, para lo cual sería necesario construir el motivo de consulta en conjunto con este último, mantener una actitud de apertura hacia el mundo del otro, manejar dogmas y sesgos, empatizar con el usuario y desarrollar una terapéutica fenomenológica, orientada a conocer el significado que el problema posee para el consultante y cómo influye la vivencia de ser mapuche: *“Acá, por ejemplo, hay que conocer mucho, hay que entender su visión de mundo para llegar a tener una atención buena, para no llegar a imponer mis paradigmas”*. Como tercera categoría, se encuentra la necesidad de visualizar limitaciones en las herramientas terapéuticas occidentales.

Otro elemento para una atención en culturalmente adecuada sería la promoción de la salud mental desde áreas tales como la organización comunitaria y el fomento de la colectividad, la conservación de ceremonias, así como la recuperación de tierras y del sistema de salud mapuche.

Señalan, igualmente, la necesidad de incorporar la mirada intercultural en los profesionales, reconociendo que la formación universitaria presenta el modelo biomédico como único sistema de atención.

i) Expectativas sobre una salud mental intercultural.

Una expectativa frente a la salud mental intercultural manifestada específicamente por prestadores técnico-profesionales corresponde al interés por incrementar la comunicación con agentes tradicionales vinculados al Cesfam, con el fin de lograr una mayor complementariedad entre los sistemas biomédico y mapuche.

En cuanto a la perspectiva de los usuarios, estos esperarían la realización de visitas domiciliarias por parte del Cesfam a personas que viven en zonas aisladas y carecen de interacción con otros: *“me gustaría que llegaran a donde ella y le preguntaran cómo está su salud y fueran conversándole algo de lo que ella siente...”*.

Objetivo específico N°3: Describir el proceso de implementación del enfoque intercultural en la comuna de Tirúa, y sus facilitadores y obstaculizadores

Prestadores técnico-profesionales así como el facilitador intercultural describen el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en la comuna de Tirúa. Se presentan los resultados obtenidos a partir del relato otorgado por dichos actores. Usuarios y agentes de salud mapuche no aportan información relativa a este objetivo, por cuanto han contado con escasa participación dentro del proceso.

Los tópicos explorados a través de las entrevistas corresponden a: a) motivos para implementar el enfoque de salud intercultural en la comuna de Tirúa, b) rol de la unidad de salud intercultural del Cesfam a lo largo del proceso, c) actitud del equipo técnico-profesional, d) participación de los usuarios, e) hitos, f) principales logros obtenidos, g) facilitadores del proceso de implementación y g) obstaculizadores del proceso de implementación.

a) Motivos para implementar el enfoque de salud intercultural

De acuerdo al reporte técnico-profesional, la implementación del enfoque de salud intercultural en la comuna de Tirúa fue motivada por la gran cantidad de usuarios mapuches, lo cual generó el interés por otorgar una atención de salud que reconociera la presencia del pueblo mapuche en la zona:

(...) nosotros teníamos la claridad de que Tirúa era distinto, porque tenía un alto porcentaje de población mapuche y nosotros queríamos hacer una salud distinta, que no fuera una salud irruptora en la que nosotros dijéramos “Nosotros tenemos

la razón y acá todos nos hacen caso”, sino que fuera más de trabajo comunitario, de conocer al otro, y en todo eso, amarrado también de lo que es el reconocimiento de la existencia de un pueblo.

b) Rol de la unidad de salud intercultural del Cesfam a lo largo del proceso de implementación

Prestadores técnico profesionales reconocen el desempeño de un rol central por parte de la unidad de salud intercultural del Cesfam en el proceso de implementación, distinguiéndose labores desarrolladas tanto en los inicios de dicho proceso como en la actualidad.

Respecto a los inicios de este proceso, se observa la realización de un trabajo previo a la llegada del Programa de Salud y Pueblos Indígenas desde el Ministerio de Salud, llevado a cabo de manera voluntaria por un número reducido de profesionales del Cesfam. Este trabajo se habría orientado, por una parte, a capacitar al equipo sobre cosmovisión y sistema de salud mapuche y, por otra, a generar un cambio de actitud en el equipo técnico-profesional hacia el pueblo mapuche:

(...) piensa tu que a nosotros nos pasaba que aquí en este Cesfam había muchos funcionarios mapuche y que ellos mismos renegaban contra su condición de mapuche, fue todo un proceso que comenzamos haciendo estos talleres donde venía el Pablo Marimán, eran obligatorios por política, porque si preguntábamos, no iba a llegar nadie. Venía esta persona y en las primeras charlas era terrible el ambiente, uno podía cortar el ambiente con una tijera...

En esta primera etapa, asimismo, se habría efectuado un catastro de agentes de salud tradicional mapuche, que serían eventualmente incorporados al trabajo del Cesfam.

En la actualidad, refieren una consolidación de la unidad, asociada a la permanencia de sus integrantes, así como a la formalización del trabajo y los roles, y a la disponibilidad de recursos económicos. En relación a sus funciones, declaran la inducción en materia de salud intercultural a los profesionales que se incorporan al Cesfam y gestionar la derivación

a agentes de salud mapuche, recayendo esta última responsabilidad en la figura del facilitador intercultural, principalmente. Asimismo, la unidad gestiona operativos de salud exclusivos para los usuarios mapuches, y se encuentra a cargo de impulsar el trabajo conjunto entre agentes de salud profesionales y mapuches: *“Nosotros lo hacemos, los kinesiólogos con los compondores, las matronas con las piñeltuchefe, que son las parteras...”*.

c) Actitud del equipo técnico-profesional

De acuerdo a la perspectiva de los prestadores biomédicos, se observa una evolución en la actitud del equipo del Cesfam a lo largo del proceso de implementación del enfoque de salud intercultural. En este sentido, refieren una situación inicial de resistencia hacia las acciones orientadas a la implementación de tal enfoque, marcada, principalmente, por una visión negativa hacia el pueblo mapuche: *“y había igual un tema de rechazo, porque había desconfianza; una tenía que asumir el tema de la historia del pueblo mapuche”*.

En cuanto a la situación actual, señalan una aceptación progresiva hacia el desarrollo de acciones tendientes a incorporar la salud mapuche a las prestaciones del Cesfam, percibiendo, no obstante, la permanencia de un rechazo oculto, con especial reticencia de parte del equipo médico: *“pero yo creo que la reticencia es más en el estamento médico, nos cuesta bastante sensibilizar, si bien ellos dicen “acepto”, pero les cuesta aceptar”*.

d) Participación de los usuarios

De acuerdo a la información aportada tanto por el equipo técnico-profesional como por el facilitador intercultural, la participación de los usuarios mapuches en el proceso de implementación del enfoque intercultural se restringe a su primera etapa, en la cual fueran consultados por el equipo del Cesfam con el fin de detectar las necesidades de salud más relevantes: *“tengo entendido que cuando se inició, claramente se pidió la opinión de los usuarios y los encargados del programa en ese tiempo [...], ellos fueron canalizando éstas*

necesidades”. En la actualidad, los usuarios no participan de este proceso *“pero lo que he visto, no hay participación de usuarios y usuarias”*.

e) Hitos

En el relato de los actores que dan cuenta del proceso de implementación, se distinguen acontecimientos que revisten el carácter de hitos. Entre estos destacan la elección del primer alcalde mapuche, quien respaldara e impulsara las acciones tendientes a otorgar una atención de salud sensible a la cultura mapuche: *“en ese tiempo, cuando yo llegué, tuvimos al primer alcalde mapuche acá y todas esas cosas generaron un ambiente que para nosotros era propicio, pero, para la gente que es adversaria, no era propicio”*. Asimismo, se distinguen como hitos la formación de la unidad de salud intercultural del Cesfam y la llegada del Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Finalmente, destacan el reciente reconocimiento otorgado a los componedores de huesos por la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] como Tesoro Humano Vivo: *“esto se ha visto reforzado por la distinción que tuvieron, entonces tenemos a los kinesiólogos felices, casi como si hubiesen ganado un premio Oscar, y a los componedores...”*.

f) Principales logros del proceso de implementación

La constitución como Cesfam intercultural es reconocida por prestadores técnico-profesionales como uno de los principales logros del proceso de implementación del enfoque de salud intercultural. Asimismo, señalan como un logro la instalación del tema de la salud intercultural dentro del equipo: *“Yo creo que hemos logrado instalar el tema, desde no haber nada más que un rechazo absoluto...”*.

Por otra parte, tanto los prestadores técnico-profesionales como el facilitador intercultural reconocen como un logro central el desarrollo de un trabajo conjunto entre agentes de salud biomédicos y mapuches, relevando los éxitos terapéuticos obtenidos

mediante la derivación a machi, la confianza entre ambos agentes y la revaloración hacia agentes de salud mapuches: “Yo creo que uno de los avances es el tema de la incorporación de otros agentes de salud y la validación y revaloración de otros agentes de salud que son mapuche...”.

g) Facilitadores del proceso de implementación

Dentro de los elementos facilitadores de la implementación se distinguen tres categorías, correspondientes a: g.1) la presencia de una unidad de salud intercultural en el Cesfam, g.2) presencia de profesionales de la localidad, g.3) el respaldo del alcalde de la comuna.

g.1) Presencia de una unidad de salud intercultural

Prestadores técnico-profesionales señalan la creación y permanencia de la unidad de salud intercultural del Cesfam como el elemento básico que ha posibilitado la implementación del enfoque de salud intercultural. En este sentido, esta unidad es reconocida como el motor de los avances logrados en la materia:

(...) contar con una unidad que se llame salud intercultural, creo que, de alguna manera, es algo favorecedor, porque, de alguna manera, está a cargo de la madurez local de los equipos, de alguna manera, refuerza algunas cosas, si no existiera ese espacio, probablemente, no estaríamos tocando temas de dónde sensibilizar, dónde ejecutar políticas, no estaría presente.

En este ámbito, relevan el alto compromiso de los integrantes de la unidad, quienes asumen responsabilidades y ejecutan acciones de manera voluntaria, sin contar con una remuneración ni horas asignadas para esta labor:

(...) Yo creo que acá lo que ha ayudado es que el equipo gestor que está trabajando, es un equipo comprometido, yo creo que eso ha ayudado bastante porque yo creo que eso, si no fuera así, no tendría la relevancia que tiene ahora.

Asimismo, distinguen tres líneas de acción llevadas a cabo por la unidad de salud intercultural que han facilitado el proceso, relativas a la realización de capacitaciones para sensibilizar al equipo, la socialización del trabajo desarrollado, y la labor de vinculación con los usuarios realizada por el facilitador intercultural:

entonces esas cosas igual facilitan, para las personas mapuche, que haya una persona que sea mapuche también, que hable su lengua y que esté ahí participando de la ejecución del programa, no que haya una persona no mapuche, entonces que haya uno de los suyos, hay una confiabilidad en la persona.

g.2) Presencia de prestadores de salud locales

Desde la perspectiva de los prestadores, la presencia de profesionales y técnicos mapuches y no mapuches originarios de la localidad o que se han establecido en ella es considerada como un factor que contribuye a la implementación de uno de los ejes centrales del enfoque de salud intercultural, como lo es el desarrollo de un estilo de atención de salud culturalmente pertinente.

En cuanto a los profesionales y técnicos originarios de Tirúa, estos son reconocidos como un aporte debido a su vasto conocimiento de la zona. Son señalados, asimismo, como prestadores con una actitud más empática y menos discriminatoria hacia los usuarios:

(...) en este Cesfam tenemos muchas personas que nacieron, que llevan 10, 20, 30 años acá y eso les da un conocimiento de la zona, y esas personas no discriminan, yo te podría decir que de las personas añosas en general de acá, son personas muy empáticas con la comunidad, la gente las reconoce.

Por otra parte, aquellos prestadores que se establecen en la localidad se configuran como miembros estables dentro del equipo, lo cual contribuye a la continuidad del trabajo en materia intercultural:

(...) yo creo igual que por eso ha funcionado...puede ser un factor, porque si existe una gran rotación un kine puede estar encantándose con el tema y se va, después

llega otro que no está ni ahí o encuentra que nada que ver... pero justo se dio que el grupito de kinesiólogos creyó en esto, le gustó, y se ha quedado.

Dentro de los prestadores provenientes de Tirúa, destacan aquellos que son mapuches y que cuentan con sentido de pertenencia, al ser miembros que contribuyen al desarrollo de una atención más pertinente como portadores de la cultura:

La otra cosa que ha ayudado es que yo vivo en comunidad, entonces para mí el ir a un nguillatún no es un show, es parte de lo que yo vivo, de mi quehacer, Amalia lo mismo, Matías igual, porque su pareja también es mapuche, ella también tiene una fuerte convicción e identidad, entonces las personas que estamos acá no somos personas que lo sentimos casi como hacer un “hipismo”, es parte de nuestras vidas, tiene significado y queremos que se visibilice.

g.3) Respaldo del alcalde

La comuna de Tirúa presenta la particularidad de contar con un alcalde mapuche. De acuerdo al reporte de los prestadores técnico-profesionales, se trata de un actor que ha apoyado la implementación del enfoque de salud intercultural y otorga respaldo a las acciones llevadas a cabo por el Cesfam, facilitando el trabajo desarrollado:

La otra cosa es la visión del alcalde o la comuna, que siempre ha sido dirigente y que él está apoyando la línea de trabajo, no tenemos ese temor de `el alcalde se va a enojar y nos va a decir que no lo hagamos`.

h) Obstaculizadores del proceso de implementación

Los obstaculizadores han sido agrupados en las siguientes categorías: h.1) Falta de claridad acerca del concepto de salud intercultural, h.2) primacía del modelo de salud biomédico frente al modelo de salud mapuche, h.3) tensiones con las políticas y

lineamientos del sistema de salud y h.4) falencias en las competencias del equipo técnico-profesional.

h.1) Falta de claridad acerca de la noción de salud intercultural

Prestadores técnico-profesionales manifiestan no comprender claramente el concepto de salud intercultural, percibiendo ambigüedad tanto en su dimensión teórica como práctica. A nivel operativo, esto último se traduce en la ausencia de lineamientos técnicos que orienten las acciones necesarias para implementar el enfoque de salud intercultural: *“Es que, cuando se habla así de salud intercultural, uno se pregunta qué es la salud intercultural...”*.

h.2) Primacía del modelo biomédico

A partir del relato de los actores, se identifica una primacía del modelo de salud biomédico frente al modelo de salud mapuche, que obstaculiza la implementación de una salud culturalmente adecuada. En este ámbito, se observa una mayor valoración hacia los conocimientos biomédicos, que va en detrimento de la incorporación de prestaciones de salud mapuche:

(...) yo como médico, no voy a dejar de hacer lo que a mí me enseñaron, lo que yo aprendí y lo que, con fundamento científico, sé que es bueno, para hacer una medicina más mapuche, o sea, yo nunca le voy a decir a una señora ‘sabe qué, usted tiene un enfriamiento’, yo le voy a decir ‘usted tiene un colon irritable, es conveniente que no pase frío’.

h.3) Tensiones con las políticas y lineamientos del sistema de salud

Tanto los prestadores técnico-profesionales como el facilitador intercultural hacen alusión a aspectos del funcionamiento del sistema de salud que dificultan la implementación de la salud intercultural.

Entre estos, el más sentido entre los participantes es la falta de pertinencia de las metas sanitarias exigidas al Cesfam por el Servicio de Salud, señalando que estas no incluyen aspectos referidos a la adecuación cultural de la atención, motivo por el que los profesionales se ven forzados a desatender a las características y requerimientos particulares del usuario mapuche, con el fin de responder a indicadores que sí son evaluados:

(...) porque me piden en una meta que las embarazadas tienen que ingresar antes de las 14 semanas de gestación, siendo que aquí mi usuaria no considera que está embarazada hasta que la guagüita se le mueve, entonces me dicen `respételes, apóyelos, fortalezca`, pero me están castigando al no cumplir una meta, me quitan plata, entonces esas son cosas que una no comprende. Entonces a veces uno va a la negociación de metas y dicen `Tirúa, que el usuario mapuche, que tiene todo el plus` y cuando uno va y le dice que mi usuaria no va a entrar antes de las 14 semanas porque tiene otras creencias, te dicen `no, es que están haciendo mal su trabajo`.

Igualmente, señalan el escaso tiempo asignado para efectuar las atenciones y realizar salidas a terreno como un factor que impide entablar un diálogo con el usuario e incorporar su visión acerca de la salud y la enfermedad. Asimismo, reportan falta de tiempo para involucrarse en las acciones promovidas por la unidad intercultural del Cesfam:

Es gracioso, porque al médico se nos dice `intercultural`, pero lo que se nos exige, ver pacientes, ver pacientes, ver pacientes, entonces se nos da poco espacio para capacitaciones, poco espacio para que participemos, porque, en realidad, hay mucha necesidad de horas médicas, entonces no hay tiempo para eso.

En relación al diseño de la unidad de salud intercultural, señalan que, si bien esta es parte del Cesfam, se ha insertado como un elemento anexo, que ejerce baja influencia en el equipo y en que la participación es de carácter voluntario. De este modo, profesionales y técnicos cuentan con la posibilidad de prestar sus servicios de la manera convencional, haciendo caso omiso del enfoque intercultural, todo lo cual enlentece la implementación de

este último: *“La unidad es una cosa, ya, si yo no quiero, no pesco el programa de interculturalidad y trabajo como yo quiero”*.

En el plano operativo, la responsabilidad legal detentada por los profesionales respecto de la salud de los usuarios es vista como un aspecto que dificulta la derivación a agentes de salud mapuche. En este sentido, profesionales manifiestan evitar la derivación por temor a eventuales resultados negativos:

(...) por ejemplo, un paciente va conmigo y me dice `quiero que me mande al compondor`, y yo le digo `no señor, usted puede tener una fractura, vaya a tomarse una radiografía primero` (...) si él quiere ir al compondor, que bien por él, pero yo no voy a poner mi firma en algo que sé que legalmente me puede afectar.

h.4) Falencias en las competencias del equipo técnico-profesional

Prestadores técnico-profesionales refieren como un obstaculizador falencias en las competencias de los profesionales. En este sentido, señalan que los profesionales no cuentan con la formación ni las habilidades para desenvolverse en un contexto intercultural:

(...) y llega otro recién salido de la universidad, y que muchas veces en la universidad no le enseñan nada de interculturalidad y que nunca había estado en contacto con población mapuche y que no tiene idea lo que es un nguillatún.

Asimismo, señalan que el Cesfam presenta una alta tasa de rotación, lo que entorpece la capacitación del equipo: *“por eso este es un proceso muy lento, porque significa un cambio de mentalidad de la gente, y si tenemos alta rotación de profesionales...”*.

DISCUSIÓN

Este estudio ha tenido por propósito comprender la salud intercultural desde la visión de usuarios mapuches y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa, incluyendo a agentes de salud mapuche y a un grupo selecto de informantes clave. Los focos de interés han sido la salud intercultural en su globalidad, la aplicación de la salud intercultural en el ámbito de la salud mental y el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en tanto línea programática ministerial.

El análisis del reporte de los diversos actores implicados en esta investigación permite identificar importantes consensos para cada una de las áreas, en conjunto con particularidades que enriquecen la aproximación a un fenómeno complejo como es el desarrollo de la salud intercultural como un nuevo campo en la planificación sanitaria. Es necesario hacer énfasis en que estos hallazgos se refieren a un contexto concreto, correspondiente a la implementación de planes de salud intercultural por establecimientos de salud de las comunas de Cañete y Tirúa, dirigidos a población mapuche lafkenche.

Junto con incorporar la cultura del usuario al proceso de atención de salud, uno de los objetivos transversales de los programas de salud intercultural es cubrir las necesidades más urgentes de los pueblos indígenas, quienes son considerados una población especial en base a sus precarizadas condiciones de vida. Este estudio confirma dicho panorama en las comunas de Cañete y Tirúa, identificándose una apreciación compartida por todos los participantes en torno a la situación de vulnerabilidad en que reside la población mapuche, por razones de pobreza, menor nivel educacional y condiciones de aislamiento, dadas por su ubicación geográfica.

En cuanto a las necesidades de salud de los usuarios, aparecen requerimientos de orden biomédico, principalmente, asociadas a la falta de profesionales y horas médicas en el ámbito de la cobertura, junto con déficits en el acceso, calidad y oportunidad de la atención. Estas necesidades, si bien se reiteran en todos los sectores poblacionales, se verían intensificadas por el funcionamiento del sistema sanitario en contextos rurales como los estudiados, marcado por la lejanía de los establecimientos de alta complejidad, la provisión de profesionales médicos de baja experiencia y ausencia de especialistas.

Asimismo, la necesidad de un trato más respetuoso es señalada tanto por usuarios, facilitadores interculturales y por los propios prestadores técnico-profesionales, quienes dan cuenta de una atención de salud marcada por un trato asimétrico y una actitud de discriminación hacia los usuarios mapuches, en especial, hacia aquellos provenientes de sectores rurales.

En dicho marco, la salud intercultural es vista por los actores mapuches como un tema de reconocimiento de derechos en distintos niveles: en primer lugar, la resolución de las necesidades de salud se enmarcaría en la demanda de protección y respeto por parte del Estado hacia los derechos integrales del pueblo mapuche. Luego, se desprenderían garantías en las distintas áreas de planificación, planteando la exigencia de una atención de calidad y un trato respetuoso en el ámbito de la salud.

La visión de los prestadores de salud técnico-profesionales, en cambio, hace alusión a la dimensión operativa de la salud intercultural, en tanto esta es concebida como un medio para rescatar los conocimientos de la cultura mapuche y complementar la atención biomédica con prácticas de salud tradicional.

Asimismo, se observan miradas que estiman la salud intercultural como un medio para enmendar deficiencias de la atención biomédica. Este es el caso de usuarios y facilitadores interculturales de Tirúa, quienes reflejan una visión negativa respecto del sistema de salud occidental, criticando, en especial, la atención despersonalizada y los efectos iatrogénicos de los fármacos. En este escenario, se valora la incorporación de agentes tradicionales, en tanto cuentan con mayor validación que los agentes biomédicos, y sus tratamientos no implicarían daños para la salud.

En cuanto al significado de la noción de salud intercultural, participantes de los distintos grupos declaran que este no está claro. No obstante, existe consenso en torno a los componentes centrales de una atención culturalmente adecuada. Estos son: profesionales con formación sobre la cultura mapuche, su sistema de salud y la atención en contextos interculturales, respeto hacia el pueblo mapuche y un modelo de atención basado en una visión holística de la salud. Al respecto, los profesionales señalan la necesidad de recibir preparación desde la formación universitaria.

Las expectativas sobre el campo de la salud intercultural son consistentes con las visiones expuestas anteriormente. Así, los actores mapuches esperan que los programas de salud intercultural sirvan a resolver las principales necesidades de salud del pueblo mapuche, con énfasis en la obtención de un trato respetuoso. Por su parte, los prestadores técnico-profesionales esperan que se formalice la incorporación de agentes de salud mapuche mediante la elaboración de protocolos de derivación.

En general, los distintos grupos de participantes señalan que el enfoque de salud intercultural es planteado como un ideal de complementación, basado en la interacción igualitaria entre el sistema profesional y mapuche, que no es posible llevar a la práctica. Lo anterior estaría dado por la posición desaventajada del pueblo mapuche frente a dos interlocutores que se presentan como dominantes: por una parte, el modelo biomédico, que desestima la validez del sistema de salud mapuche, y por otra, el Estado, que planifica en torno a los pueblos originarios de manera unilateral, sin establecer un diálogo equitativo con estos. En este contexto, la salud intercultural es vista como una propuesta programática que no da respuesta a las demandas del pueblo mapuche y que, a la vez, incorpora elementos de la cultura mapuche a los establecimientos de salud a modo de folklore, apartados de su trasfondo espiritual.

En relación al segundo foco de interés de esta investigación, la salud mental, tanto usuarios como facilitadores interculturales e informantes clave plantean como punto central de la discusión la diferencia entre los modelos de salud occidental y mapuche, por cuanto este último no fragmenta el bienestar en apartados físico y mental, sino que lo considera un estado de interacción armónica con sí mismo, la comunidad, el entorno natural y la dimensión espiritual. En concordancia, sus expectativas apuntan a la necesidad de que los profesionales conozcan el sistema de salud mapuche, con el fin de comprender al usuario, reconocer enfermedades culturales, y derivar a agentes tradicionales ante padecimientos que no son objeto de tratamiento biomédico. Por su parte, las expectativas de los profesionales son aprender de los agentes tradicionales mapuches, y formalizar la derivación de usuarios a través de protocolos.

En cuanto a las necesidades de salud mental, en ambas comunas se recogen relatos que dan cuenta de los efectos de la acción policial en torno a las reivindicaciones territoriales. En este sentido, los participantes dan cuenta de la presencia permanente de fuerzas especiales en las comunidades movilizadas, las que desarrollan allanamientos de manera agresiva, tiñendo el clima de tensión y hostilidad. Como principales repercusiones, señalan la extrapolación de la violencia a diferentes planos de las relaciones sociales, en especial, al ámbito familiar, el incremento del alcoholismo en las zonas militarizadas, y sintomatología ansiosa en niños que han sido testigos de allanamientos.

A nivel operativo, los acercamientos entre los servicios de salud mental y el enfoque intercultural son incipientes, observándose que solo en la unidad de corta estadía psiquiátrica del hospital de Cañete existen experiencias de derivación a machi, por solicitud de los propios usuarios. No obstante, los profesionales no reconocen efectos terapéuticos en el tratamiento mapuche, señalando que su contribución se encuentra circunscrita al aumento de la satisfacción y la confianza del usuario hacia el equipo biomédico.

Como tercer foco de interés de esta investigación, la revisión general del proceso de implementación del enfoque intercultural hace visible y cristaliza diversos elementos que cruzan el análisis del problema estudiado.

De acuerdo al relato de los entrevistados, la implementación de la salud intercultural en la provincia de Arauco se ve impulsada desde distintos sectores. Por una parte, refieren la demanda de las propias comunidades por un trato más respetuoso, ante experiencias en las que fueron objeto de discriminación por parte de prestadores de salud. Asimismo, rememoran el interés manifestado por ex directores tanto del Cefsam de Tirúa como del hospital de Cañete por plasmar la presencia de la cultura mapuche en el funcionamiento de tales establecimientos, incorporando adecuaciones en la infraestructura y en el modelo de atención. Finalmente, la salud intercultural como concepto y línea de trabajo se instalaría en la provincia con la llegada del programa Orígenes durante el gobierno de Ricardo Lagos, el que, dentro de su componente de salud, tuviera como objetivos mejorar la salud de los pueblos originarios, fortalecer los sistemas de salud indígenas y capacitar a los equipos de salud para la atención de población indígena.

Desde entonces, el enfoque se ha implementado a través de diversas acciones, que incluyen capacitaciones a los equipos sobre historia y cultura del pueblo mapuche, incorporación de la figura del facilitador intercultural, derivación a agentes de salud mapuche y formación de unidades de salud intercultural de carácter interdisciplinario en ambos establecimientos.

Un área de interés a lo largo de la operativización de este enfoque corresponde al rol que han desempeñado los usuarios. En ambas comunas, se identifica un período inicial de consulta a las comunidades mapuches, llevada adelante por los respectivos establecimientos de salud y el Servicio de Salud Arauco, en el que se recogieran sus necesidades y expectativas. No obstante, en ambos casos, la participación de los usuarios se ha limitado a etapas consultivas que no tuvieron continuidad en el tiempo, configurando un escenario actual en que las comunidades no participan en la definición ni gestión de los programas de salud intercultural. Al respecto, tanto los directivos como los miembros de las unidades de salud intercultural declaran la ausencia de mecanismos de participación.

Otro punto que ha llamado la atención en la revisión del proceso de implementación ha sido la actitud de los equipos técnico-profesionales. La visión de los distintos actores consultados es consistente en percibir una actitud de resistencia por parte de los prestadores de salud biomédica frente a la instalación del programa de salud intercultural. En ambas comunas, dicha resistencia aparece asociada a una visión negativa respecto del pueblo mapuche, así como a una desvaloración de su sistema de salud, en especial, de parte del estamento médico. Esta situación se mantendría a lo largo del tiempo, contexto en el que aquellos profesionales que mantienen una relación de respeto hacia los agentes de salud tradicional y logran comprometerse con la implementación del enfoque constituyen un grupo minoritario.

Lo anterior es concordante con el modo en que se desarrolla la derivación a machi tanto en el Cesfam como en el hospital. Cada establecimiento dispone un número de cupos de atención con la machi de su respectivo territorio, proporcionando el traslado de los consultantes. Los usuarios interesados en recibir esta atención se inscriben con el facilitador intercultural, o bien manifiestan su necesidad al profesional tratante, quien puede

intermediar la obtención de un cupo, u oponerse a la solicitud, haciendo prevalecer el criterio médico. Así, esta derivación no se origina a partir de una apreciación del profesional acerca de las eventuales propiedades curativas del tratamiento otorgado por la machi, ni del interés por complementar el tratamiento biomédico con el tratamiento tradicional. Una vez que el usuario asiste a la machi, el profesional no realiza un seguimiento de los resultados, de manera que si bien los establecimientos hacen de puente para que el usuario asista, no se produce un verdadero diálogo entre ambos sistemas de salud.

Así, se distinguen múltiples elementos que han obstaculizado la incorporación del enfoque de salud intercultural. Diversos actores señalan el choque paradigmático entre el sistema de salud mapuche y el sistema biomédico como uno de los obstaculizadores más relevantes, por cuanto este último se sitúa en una posición dominante, desde la cual se valida a sí mismo como fuente de restablecimiento de la salud por excelencia, juzgando y devaluando otros sistemas de salud que escapan al dominio científico. A continuación, reiteran la relación asimétrica entre el Estado y el pueblo mapuche como un contexto adverso para la restitución de derechos en el ámbito de la salud.

A nivel operativo, una gran barrera corresponde a la ausencia de un modelo de gestión para la implementación del enfoque de salud intercultural. Tanto los informantes clave, como prestadores de salud y facilitadores interculturales de ambos establecimientos refieren que el programa ha sido enviado desde el nivel central en ausencia de asignación horaria y remuneraciones para las acciones asociadas a su operativización, señalando como un punto aún más crítico, la carencia de una definición clara del concepto de salud intercultural y de lineamientos técnicos para llevarlo a la práctica. A la vez, las responsabilidades y funciones dentro de los equipos no se encuentran delimitadas, contexto en el que la implementación de este enfoque ha recaído principalmente en la figura del facilitador intercultural, el que no dispone ni de las atribuciones ni de los recursos para una tarea de tal envergadura.

También se identifican factores que han facilitado la configuración de una atención más respetuosa hacia el pueblo mapuche y su sistema de salud. La normativa nacional e internacional referida a los derechos de los pueblos originarios, así como la política de

salud intercultural, son vistas por estos actores como la puerta de entrada para que la temática tenga cabida en el ámbito de la salud. Conjuntamente, los usuarios señalan contar con un mayor conocimiento acerca de sus derechos, elemento que ha empoderado a las comunidades y usuarios particulares en la demanda de un trato respetuoso. A nivel práctico, la totalidad de los grupos que conforman la muestra valoran el compromiso personal de ciertos profesionales como un aporte a la implementación del enfoque intercultural, en tanto han asumido tareas y responsabilidades de manera voluntaria, pese a la ausencia de horas y remuneraciones extra.

Algunas particularidades se destacan en el proceso de implementación del enfoque intercultural en el Cesfam de Tirúa. Este centro se destaca por una mayor consolidación del enfoque, reflejada tanto en la amplia proporción del equipo que considera pertinente el diálogo con el sistema de salud mapuche, como en la vinculación sostenida entre agentes de salud tradicional y profesionales, quienes reconocen la efectividad de las técnicas curativas ancestrales a partir de sus resultados. Lo anterior se estima asociado a factores locales que han propiciado el desarrollo de un nuevo modelo de atención. Un primer elemento corresponde a la presencia de un alcalde mapuche desde los orígenes de este enfoque, quien desarrolla un rol activo en torno a la reivindicación de derechos, y que, desde la autoridad que detenta respecto del Cesfam, fomenta las acciones tendientes a generar una atención respetuosa hacia los usuarios mapuches e incorporar prácticas de salud tradicional. Por otra parte, el dominio municipal ha permitido trabajar con cierta independencia del nivel central y del propio servicio de salud, lo que, desde la perspectiva de los encargados de la unidad de salud intercultural, ha agilizado la implementación de acciones y la toma de decisiones, soslayando rodeos administrativos. A la vez, el Cesfam cuenta con profesionales mapuches originarios de la comuna, que han tomado un rol activo dentro la unidad de salud intercultural, contribuyendo a la instalación del enfoque y a incorporar la visión mapuche de la salud y la enfermedad en la discusión.

Como es de esperar, estos hallazgos tienen puntos de anclaje con otros estudios realizados, lo que permite llevar a cabo un análisis a luz de los desarrollos teóricos referidos a la materia.

La visión de la salud intercultural en su globalidad se vincula necesariamente con las condiciones de vida del pueblo mapuche, en tanto su precariedad constituye una de las justificaciones fundamentales para formular una política dirigida a abordar su situación de salud de manera especial. Tal como se señala anteriormente, los participantes caracterizan a los usuarios mapuches como un grupo vulnerable, apreciación que se ve respaldada por las estadísticas disponibles. La pobreza de los pueblos indígenas es un indicador que se mantiene constante a través del tiempo y, si bien la revisión de datos CASEN muestra una disminución progresiva, la prevalencia de la pobreza para este grupo continúa siendo mayor que para la población no indígena (Figueroa, 2012). Al respecto, se estima que, si bien las políticas indigenistas delineadas a partir de los años 90 han tenido un impacto positivo, estas se han orientado a la restitución de derechos individuales, obviando factores históricos que han estado a la base del empobrecimiento colectivo (CEPAL-ATM, 2012).

En la dimensión de salud, tales circunstancias de pobreza, sumadas a la existencia de una menor variedad de servicios en las localidades rurales, relega a la población mapuche abordada en este estudio a la condición de usuarios cautivos del sistema público, cuyo rendimiento está marcado por la deficiencia de recursos, instalaciones y profesionales (Olavarría, 2005). De este modo, se perpetúa la brecha de acceso, calidad y oportunidad en la recepción de atención sanitaria, que se opone a la superación de una situación de salud que, aun en la actualidad, se presenta como preocupante. En este marco, resulta comprensible que los usuarios, si bien valoran la incorporación de elementos de la cultura mapuche a sus establecimientos de salud, prefieran una política de salud que priorice la cobertura de las necesidades biomédicas más urgentes.

Lo anterior sirve a graficar la vinculación entre la situación de salud del pueblo mapuche y una pauperización transversal de sus condiciones de vida, que tuviera su origen a finales del siglo XIX, momento en que el Estado iniciara un proceso de incorporación forzada de este pueblo al ordenamiento nacional emergente (Begoa, 2000). De este modo, el inicio de la relación entre el Estado y el pueblo mapuche se encuentra marcada por el desconocimiento de la autonomía territorial de este último y el despojo de tierras, junto con una animosidad negativa hacia un grupo que fuera considerado un obstáculo para la consolidación del nuevo Estado independiente. A causa de esto, tanto los mapuches que

permanecieron en el campo como aquellos que migraron a la ciudad, se vieron obligados a constituirse como ciudadanos chilenos en condiciones de pobreza y discriminación.

En este contexto, cobra sentido que los actores mapuches de esta investigación consideren la salud intercultural como un terreno que, más allá de centrarse en la mejoría de indicadores de salud y la revalorización del sistema de salud mapuche, reabra la discusión sobre el rol del Estado en la generación de sus actuales condiciones de vida y las tareas pendientes en torno a la restitución plena de sus derechos. Queda así manifiesta una dimensión política de la salud intercultural.

Al respecto, tanto usuarios como prestadores evalúan la salud intercultural como una línea programática que no da respuesta a sus demandas, y cuya aplicación práctica dista significativamente de contribuir al resguardo sus derechos generales y aquellos que guardan relación específica con el ámbito de la salud. Esta apreciación resulta concordante con la perspectiva de Boccara (2007), quien señala que el propósito de las diversas medidas formuladas tras el retorno a la democracia no ha sido abordar los factores estructurales de la situación de exclusión en que se encuentran los pueblos originarios, sino incorporarlos al proyecto de desarrollo del Estado, en una lógica propia de la instauración del modelo económico neoliberal (Boccara, 2007). Desde esta visión, se observarían similitudes con la situación de los planes de salud intercultural aplicados en el contexto boliviano, respecto de los que se ha indicado su desvinculación de las condiciones socioeconómicas y epidemiológicas de las comunidades indígenas, así como el nulo impacto en sus condiciones de vida (Ramírez, 2009).

Por otra parte, en la dimensión operativa de la salud intercultural, reviste interés el análisis de la interacción entre el sistema de salud biomédico y el sistema de salud mapuche. En concordancia con los aportes teóricos de la antropología médica y los hallazgos de otras investigaciones, la visión de los entrevistados sitúa la pretensión de un diálogo equitativo entre ambos sistemas de atención como un ideal que no tiene cabida en la práctica. En esta línea, el sistema de salud mapuche, a través de sus agentes, se inserta en los establecimientos desde una posición carente de validez ante el modelo occidental, el que se atribuye plena eficiencia en términos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos (Comelles,

2004; Junge, 2001; Menéndez, 2003). Así, usuarios e informantes clave dan cuenta de una actitud despectiva hacia el sistema de salud y la cosmovisión mapuche en general por parte de los profesionales, especialmente, del equipo médico.

En relación al ámbito de la salud mental, el desarrollo del enfoque intercultural ha sido escaso, observándose que la situación de las comunas de Cañete y Tirúa es similar a la de otras localidades latinoamericanas, en las que no existen programas de salud mental adecuados a la población indígena, por cuanto las políticas públicas han otorgado insuficiente relevancia a esta área (Incayawar & Maldonado-Bouchardt, 2009).

La postergación de la salud mental dentro de los planes orientados a los pueblos originarios genera preocupación, ya que una de sus problemáticas más sentidas se relaciona con la situación de opresión, discriminación y exclusión social de la que son objeto (OMS, 1998), lo que desde un enfoque de determinantes sociales sitúa a este grupo en circunstancias de mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos de salud mental (MINSAL, 2009c).

Un reflejo de lo anterior corresponde al reporte de los propios usuarios mapuches, quienes dan cuenta del incremento de la violencia, el alcoholismo y cuadros ansiosos como producto de la violencia policial desplegada por el Estado en respuesta a las reivindicaciones territoriales, lo que es situado como una de las problemáticas de salud mental más críticas. Esta situación se reiteraría en otras localidades mapuches, como es el caso de comunidades movilizadas de la novena región, en que se ha detectado sintomatología compatible con el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, trastorno adaptativo, trastorno ansioso y depresión en niños y adultos que han sido víctimas y testigos de violencia policial (Sepúlveda & Millaqueo, 2004).

Respecto al proceso de implementación del enfoque de salud intercultural, y conservando la voz de los propios usuarios, es posible señalar que este ha sido un proceso desarrollado “*de arriba hacia abajo*”, en tanto se observa una planificación unilateral de parte del Estado, en ausencia de diálogo con las comunidades. Así, en la actualidad, tanto los establecimientos de Cañete como de Tirúa carecen de mecanismos de participación, habiendo delimitado el rol de los usuarios a períodos consultivos acotados. Usuarios e

informantes clave son enfáticos en manifestar que dicha situación representa una violación a los derechos del pueblo mapuche, por cuanto la normativa internacional compromete al Estado a considerar su opinión en todas aquellas decisiones que les afecten. Efectivamente, el convenio 169 de la OIT, ratificado en Chile en el año 2008 e incorporado como Ley de la República, señala en su artículo N° 6 el deber de los gobiernos de consultar a los pueblos originarios cada vez que se formulen medidas susceptibles de tener repercusión en sus condiciones de vida (OIT, 2006).

Para graficar esta situación, cabe mencionar el caso de Cañete, en que las autoridades no respetaran acuerdos establecidos con los dirigentes mapuches en torno a la coadministración del hospital y la realización de ceremonias de gran relevancia espiritual al momento de su inauguración, acontecimiento que generara una pérdida de confianza hacia las instituciones y un quiebre del diálogo que se mantiene hasta hoy.

En esta línea, la falta de comunicación entre los usuarios y las instituciones se estima como un factor gravitante en la incoherencia existente entre las demandas de las comunidades y el contenido formal y operativo de los programas de salud intercultural. Tal como se señala anteriormente, los requerimientos más urgentes de los usuarios de Cañete y Tirúa giran en torno a una mayor cobertura, acceso y calidad de los servicios de atención biomédica. Por su parte, la línea programática ha puesto el acento en vincular el sistema de salud tradicional mapuche con el sistema profesional, lo que, si bien es visto como un aporte por algunos actores, no se sitúa dentro de sus necesidades prioritarias. Desde esta perspectiva, un incremento en la participación de los usuarios emerge como una vía, a la vez que requisito, para la resolución de esta tensión, en tanto representa un sustrato para el diseño de programas que efectivamente den respuestas a las demandas de sus destinatarios. Asimismo, se requiere voluntad de parte del Estado de atender a la voz de los usuarios.

Tal como se ha constatado en algunos estudios sobre experiencias de salud intercultural en Chile (Bocara, 2007; Bocara & Bolados, 2008; Torri, 2012a), la escasa participación de los usuarios representa una de las mayores tensiones en esta área, la que se encontraría enmarcada en la forma de relación que Estado y pueblo mapuche han sostenido a lo largo de la historia. Si bien tanto la normativa internacional como la política nacional de salud y

pueblos indígenas exigen la participación de las comunidades, en la práctica es el Estado el que define tanto el modo en que se insertan las medicinas tradicionales dentro de los establecimientos, así como los asuntos sobre los que usuarios serán consultados. Al respecto, los participantes de este estudio perciben una actitud ambivalente por parte del Estado, en tanto, en el ámbito de lo formal, se compromete con la protección de los derechos de los pueblos originarios, mientras que en la práctica no muestra un actuar acorde al marco normativo vigente.

Otro obstáculo para llevar la idea de salud intercultural a la práctica es la ausencia de un modelo de gestión apropiado. Este panorama, más que circunscribirse al caso específico de la política de salud y pueblos indígenas, es susceptible de ser visto como un síntoma de la estructura del sistema de salud chileno. La deficitaria coordinación identificada entre el nivel ministerial, por una parte, que elabora la política, y los servicios de salud, municipios y establecimientos, por otra, que se enfrentan al desafío de implementarla, evidencian la fragmentación del sistema sanitario generada por la reforma desarrollada en dictadura. Cunill, Fernández & Vergara (2011), son enfáticos en señalar que, en especial, aquellas políticas orientadas a restituir derechos en el ámbito de la salud, requieren óptimos niveles de comunicación intersectorial para su operativización. No obstante, dicha comunicación se ve limitada por la fragmentación de las funciones antes mencionada, así como por la falta de instrumentos de gestión para transversalizar políticas y programas, que, en la actualidad, se traducen a meros convenios monetarios, cuyo cumplimiento queda sujeto al logro de metas cuantitativas.

Todo lo anterior revela diversos nudos críticos que hacen complejo el logro de un modelo de salud que dé respuesta a las necesidades del pueblo mapuche y haga posible un diálogo paritario entre su sistema de salud y la medicina occidental. Frente a estos puntos, se identifica un alto nivel de consenso entre los distintos actores implicados en este estudio, observándose que tales nudos críticos revisten tal relevancia, que se hacen visibles a las distintas perspectivas involucradas, traspasando subjetividades y consolidándose como áreas de discusión desde una visión compartida.

Una apreciación global de los hallazgos ya expuestos, permite identificar tópicos más amplios, que, a la vez que desprenderse de la visión de los entrevistados, complementan su análisis.

En primer lugar, a partir de los sustentos teóricos de este estudio, es posible señalar que, si bien este enfoque se ha denominado “salud intercultural”, tanto su definición formal como su implementación develan una lógica inconsistente con la idea de interculturalidad. En este sentido, cabe recordar que la interculturalidad, como forma de relación, trasciende el objetivo de tolerancia y coexistencia armónica entre distintos saberes y grupos étnicos, apuntando al logro de relaciones equitativas, mediante la distribución del poder político, el abordaje de las causas de la desigualdad y el desarrollo de transformaciones sociales (Cruz, 2013), elementos ausentes hasta el momento. En lugar de ello, este enfoque se observa más cercano a una lógica multiculturalista, la que persigue la atenuación del conflicto, promoviendo una convivencia funcional al ordenamiento de la cultura mayoritaria (Cruz, 2013, Giménez, 2003).

Así, tal como señala Boccara (2012), la política de salud y pueblos indígenas evidencia una re-elaboración de la interculturalidad que, alejándose de sus implicaciones culturales, se traduce en una nueva manera de administrar la diversidad, de acuerdo a los lineamientos de un Estado dominante que no dialoga con los pueblos implicados.

Junto con las barreras provenientes del operar del Estado, este estudio ha visibilizado limitaciones que derivan del ordenamiento del propio sistema de salud chileno. Más allá de la ausencia de un modelo de gestión *ad hoc* a la implementación de este enfoque, una limitación mayor estaría dada por la definición misma del sistema de salud, el que, mediante la reducción del rol del Estado en los asuntos sanitarios y la incorporación de privados en la administración de los recursos, se ha situado dentro de los sistemas pluralistas. Estos se han caracterizado precisamente por relegar los temas de equidad a un segundo plano, priorizando la eficacia en la ecuación costos/cobertura (Zúñiga, 2007). En este contexto, se identifica una oposición sustancial entre el objetivo de restituir los derechos de salud y la lógica fundamental del sistema de salud.

No obstante la configuración de un panorama adverso en torno a la salud intercultural, la instalación de este enfoque ha contribuido a generar discusión tanto en relación a los derechos del pueblo mapuche como a la posibilidad de comunicación entre diferentes modelos de salud. Dicha discusión es valorada por los distintos grupos de entrevistados como el mayor aporte de esta política pública. Así, se observan similitudes con estudios que han abordado casos de implementación de la salud intercultural en la novena región, que señalan dichas experiencias como una oportunidad para revisar el enfoque estructural de la política multicultural chilena (Torri, 2012b), y dialogar acerca de los eventuales beneficios de las medicinas tradicionales (Mignone, Barlett & O'Neill, 2005).

En esta línea, la discusión acerca del sistema de salud mapuche al interior de los establecimientos sanitarios, ha permitido valorar como una fortaleza su concepción holística de la salud, cuestionando el modelo biomédico que, a pesar de otorgar mayor relevancia a dimensiones psicosociales, continúa centrado en aspectos biológicos e individuales (Comelles, 2004; Menéndez, 2003; Moreno, 2006; Vergara, 2007). Desde la visión de salud del pueblo mapuche, la división entre salud física y mental carece de sentido, así como también la fragmentación entre el bienestar individual, social y natural. En este punto, se aprecia gran cercanía entre la sabiduría ancestral y las concepciones contemporáneas de salud, que se desmarcan de una concepción organicista de la enfermedad y que sugieren la necesidad de abordar el fenómeno de la salud y la enfermedad de manera interdisciplinaria y cualitativa, con un rol más activo de las ciencias sociales (Mebarak, et al., 2009).

Así, desde la perspectiva del construccionismo social, es posible señalar que la salud intercultural constituye un campo en elaboración, que los distintos actores implicados crean y recrean a través de su interacción. En este sentido, las relaciones de poder y participación dadas entre usuarios, prestadores, el Estado y los modelos de atención tradicional y biomédico, dan lugar a un proceso de definición permanente del significado conceptual y práctico de la salud intercultural. Al respecto, tal como plantea Boccara (2012), la salud intercultural ha devenido en una nueva forma de incorporar la diversidad al plan de desarrollo del Estado, con escaso diálogo entre este y los pueblos originarios. Sin duda, el modo en que actualmente se configura este campo es resultado de un proceso en que ciertas

miradas acerca de las necesidades del pueblo mapuche y la atención de salud que desean recibir son privilegiadas, mientras que otras son eclipsadas.

Como limitaciones de esta investigación, se reconoce, en primer lugar, que una aproximación desde la psicología no permite una comprensión cabal de esta experiencia de salud intercultural, por cuanto se trata de un fenómeno complejo que involucra aspectos sanitarios, culturales y políticos. Para un abordaje más acabado de esta temática, resulta pertinente la investigación interdisciplinaria, con participación de las ciencias médicas y otras ciencias sociales. Por otra parte, cabe señalar que estos resultados no son generalizables de manera universal, por cuanto da cuenta del desarrollo de un fenómeno en un contexto acotado, como es propio del empleo de metodologías cualitativas.

A la vez, por razones de acceso y recursos, no fue posible alcanzar la saturación de la información para el grupo de los usuarios.

Una fortaleza de este estudio ha sido perseguir la comprensión de un fenómeno incorporando la mirada de distintos actores que desempeñan un rol protagónico en el desarrollo de la salud intercultural, como lo son los usuarios mapuches y los prestadores de salud. Por otra parte, ha explorado la implementación de este enfoque tanto a nivel de la atención primaria como secundaria, identificando convergencias y particularidades entre ambos. Asimismo, se estima como una fortaleza la inclusión de un grupo de informantes clave, en tanto se contara con participantes que se relacionan con la salud intercultural desde el nivel ministerial, así como desde el servicio de salud y representantes de autoridades ancestrales de la zona, como es el asesor de salud del consejo de lonkos de la provincia de Arauco, todo lo cual contribuye a obtener una imagen más completa del problema.

Como aportes a la teoría, se contribuye a clarificar el significado de una atención de salud culturalmente adecuada desde la visión de los propios usuarios y prestadores de salud, la que ha sido señalada como un área con importantes vacíos. A la vez, ayuda a comprender cómo se ha materializado la política de salud y pueblos indígenas en la práctica, y cómo se relacionan el pueblo mapuche con el Estado y el sistema de salud en este escenario, robusteciendo formulaciones teóricas que han puesto de relieve aspectos como las barreras

derivadas de la hegemonía biomédica, la demanda de derechos y la participación en el campo de la salud intercultural. En el ámbito de la salud mental, esta investigación ha dado luces sobre los efectos de la violencia policial, como respuesta del Estado hacia las demandas territoriales, lo que reviste un ámbito de gran preocupación desde una perspectiva de salud y, en especial, de derechos.

En relación a sus implicancias prácticas, estos hallazgos entregan claves acerca de posibles vías para optimizar el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural. Como un punto central, se identifican elementos que deben ser abordados para configurar un modelo de gestión que otorgue sustento a la implementación del enfoque de salud intercultural, como es la definición de lineamientos técnicos, definición de responsabilidades y asignación de recursos. Asimismo, se observa la necesidad de que los profesionales reciban formación acerca de los aportes de sistemas de atención diferentes al biomédico, y habilidades para entregar una atención pertinente en contextos culturalmente diversos. Por otra parte, sugieren resolver de manera urgente la falta de participación de los usuarios mapuches en la definición e implementación de las medidas de salud, como una manera de restituir el derecho a considerar su opinión en aquellos asuntos que les afectan.

Como áreas de interés para investigaciones futuras, se visualiza la necesidad de profundizar en el modelo de gestión que ha seguido la implementación de la política de salud y pueblos indígenas. Junto con esto, resulta de especial relevancia una aproximación más detallada sobre las características de la violencia en torno al conflicto territorial y sus repercusiones en la salud mental de los involucrados.

CONCLUSIONES

- Al interior del campo de la salud intercultural, se identifica una dimensión central de carácter político. Esta se relaciona con el rol que ha tenido el Estado en la pauperización de las condiciones de vida del pueblo mapuche, y la demanda de los usuarios por la restitución de sus derechos integrales y, entre ellos, el derecho a la salud.
- Asimismo, se distingue una dimensión operativa, relativa a la cobertura de necesidades biomédicas de los usuarios mapuches, la entrega de un trato pertinente, y la incorporación de prestaciones de salud mapuche a los establecimientos de salud occidental.
- Como principales necesidades de los usuarios mapuches emerge un aumento en el nivel de acceso, cobertura, calidad y oportunidad de la atención brindada por el sistema de salud biomédico, así como el trato respetuoso y libre de discriminación.
- Como expectativas, los actores mapuches esperan que la línea programática de salud intercultural sirva a resolver sus necesidades de salud más urgentes, y a asegurar un trato respetuoso, ambos tópicos vistos como un derecho.
- Desde la perspectiva de los prestadores de salud biomédica, la salud intercultural representa un medio para rescatar conocimientos de salud ancestrales, y desarrollar una relación complementaria con el sistema de salud mapuche.
- Las expectativas de los prestadores de salud giran en torno a la formalización de la incorporación de agentes de salud mapuche, mediante la formulación de protocolos de derivación.
- Como requisito principal para configurar una atención culturalmente adecuada, todos los grupos apuntan a la necesidad de profesionales que cuenten con formación sobre el

sistema de salud mapuche y habilidades para el desempeño en contextos culturalmente diversos.

- Existe consenso entre los participantes en relación a que la salud intercultural, como ideal de interacción entre diferentes esferas culturales, no es susceptible de llevar a la práctica, en tanto el Estado define la política pública de manera unilateral, y el modelo biomédico se mantiene en una posición hegemónica, anulando las posibilidades de un diálogo equitativo con el pueblo mapuche.
- En este escenario, los usuarios estiman que el programa de salud intercultural no contribuye a satisfacer sus demandas.
- Respecto a la salud mental, esta se observa como un área relegada a un segundo plano en la implementación del enfoque de salud intercultural.
- Las principales necesidades de salud mental se relacionan con los efectos de la violencia policial dirigida hacia las comunidades que realizan acciones reivindicativas, las que corresponden a una extrapolación de la violencia a las relaciones sociales, mayor tasa de alcoholismo en las comunidades militarizadas, y sintomatología ansiosa en niños que han sido víctimas y testigos de allanamientos.
- En la actualidad, el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural se desarrolla sin participación de usuarios y comunidades mapuches.
- La política de salud y pueblos indígenas carece de un modelo de gestión apropiado para la implementación del enfoque de salud intercultural, observándose vacíos respecto de los lineamientos técnicos, responsabilidades y recursos.
- Hasta la fecha, la labor de incorporar el enfoque de salud intercultural a los establecimientos ha recaído en la figura del facilitador intercultural.

- El aporte más significativo de la instalación del enfoque de salud intercultural como línea programática, ha sido abrir la discusión sobre los derechos del pueblo mapuche y la interacción entre su sistema de salud y el sistema de salud biomédico.
- Una mayor participación de los usuarios mapuches, junto con la voluntad del Estado de atender a sus demandas, se estiman como condiciones gravitantes para el diseño de programas que den respuesta a sus necesidades más urgentes y contribuyan a mejorar su situación de salud.



REFERENCIAS

Acta de Compromiso Acuerdo de Nueva Imperial (1989).

Alarcón, A., Vidal, A. & Neira, J. (2003) Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131, 1061-1064.

Alarcón, A., Astudillo, P., Barrios, S. & Rivas, E. (2004). Perspectiva de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*, 132, 1109-1114.

Albó, X. (2004). Interculturalidad y salud. En G. Fernández (Comp.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 65-74). Quito, Ecuador: Abya-Yala.

Appadurai, A. (2001). *La Modernidad Desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Arteaga, E., San Sebastián, M. & Amores, A. (2012). Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde em Debate*, 36(94), 402-4013.

Austin, T. (2010, Septiembre). *Para comprender el concepto de cultura*. Extraído desde el sitio Web del Departamento de Educación Continua de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá:

http://javeriana.edu.co/arquidis/educacion_continua/documents/Cultura-Lectura.pdf

- Aylwin, J. (2006). *El gobierno de Lagos, los pueblos indígenas y el "Nuevo Trato"*. Santiago, Chile: Lom Ediciones.
- Azevedo, A. (1998). La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, 32(2), 192-199.
- Barriguete, J., Reartes, D., Venegas, R. & Moro, M. (2003). *La salud mental en los contextos interculturales*. D.F., México: Yolpahtli.
- Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica
- Bartolomé, M. (2010). Interculturalidad y territorialidades confrontadas en América Latina. *Runa*, 31(1), 9-29.
- Bengoa, J. (2000). *Historia del pueblo mapuche, siglos XIX y XX*. Santiago, Chile: Ediciones Lom.
- Bengoa, J. & Caniguan, N. (2011). Chile: los mapuches y el bicentenario. *Cuadernos de Antropología Social*, 34, 7-28.
- Boccara, G. (1999). Antropología Diacrónica. Dinámicas culturales, procesos históricos y poder político. En G. Boccara, & Galindo, S. (Eds.), *Lógicas mestizas en América* (pp.11-59). Temuco, Chile: Instituto de Estudios Indígenas.
- Boccara, G. (2001). Mundos nuevos en las fronteras del nuevo mundo. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 1. doi: 10.4000/nuevomundo.426

- Boccaro, G. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 39(2), 185-207.
- Boccaro, G. (2012). La interculturalidad como campo social. *Cuadernos Interculturales*, 10(18), 11-30.
- Boccaro, G. & Bolados, P. (2008). Dominar a través de la participación. El neoindigenismo en el Chile de la postdictadura. *Memoria Americana*, 16(2), 167-196.
- Boccaro, G. & Seguel-Boccaro, I. (1999). Políticas indígenas en Chile (siglos XIX y XX). De la asimilación al pluralismo (el caso Mapuche). *Revista de Indias*, 59(217), 741-774.
- Bohannan, P. & Glaze, M. (1993). *Antropología. Lecturas*. Madrid, España: Editorial McGraw-Hill.
- Bohannan, P. (1996). *Para raros, para nosotros. Introducción a la Antropología Cultural*. Madrid, España: Editorial Akal.
- Bolados, P. (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungara, Revista de Antropología Chilena* 44(1), 135-144.
- Bhui, K., Warfa, N., Edonya1, P., McKenzie, K. & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: A review of model evaluations. *BMC International Health Services Research*, 7(15), 1-10. doi:10.1186/1472-6963-7-15

- Caniullan, V. (2000). *El mundo mapuche y su medicina*. Temuco, Chile: Centro de Estudios Socioculturales de la Universidad Católica de Temuco.
- Cunill, N., Fernández, M. & Vergara, M. (2011). Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos. Un análisis a partir del caso chileno. *Salud Colectiva*, 7(1), 21-33.
- Campos, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En G. Fernández (Comp.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 65-74). Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Caramés, M. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En G. Fernández (Comp.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 65-74). Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Castillo, E. & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-177.
- Comelles, J. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el s. XXI. En G. Fernández (Comp.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 65-74). Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Chile, Ministerio de Desarrollo Social (2011). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Santiago, Chile: Autor.
- Chile, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. (2011). *Pueblos Originarios, CASEN 2011*. Santiago, Chile, Autor.

Chile, Ministerio de Planificación (2008). *Instrumento de ratificación del Convenio N° 169 de la OIT en Chile*. Santiago, Chile: Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.

Chile, Ministerio de Salud (2006a). *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. Santiago, Chile: Autor.

Chile, Ministerio de Salud (2006b). *Norma General Administrativa N°16*. Santiago, Chile: Departamento de Asesoría Jurídica.

Chile, Ministerio de Salud (2009a). *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur (Carahue, Saavedra, Teodoro Schmidt y Toltén* (Serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile N° 4). Santiago, Chile: Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

Chile, Ministerio de Salud (2009b). *Perfil epidemiológico básico. Pueblos Kawéskar, Yamán y Mapuche Williche. Región de Magallanes* (Serie Análisis de la situación de los pueblos indígenas de Chile N° 5). Santiago, Chile: Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

Chile, Ministerio de Salud (2009c). *Perfil epidemiológico básico de la población Mapuche residente en la Región de Los Ríos* (Serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile N°6). Santiago, Chile: Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

Chile, Ministerio de Salud (2010). *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco* (Serie Análisis de la situación de salud de los

pueblos indígenas de Chile N°7). Santiago, Chile: Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

Chile, Ministerio de Salud (2011). *Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Provincia del Bío Bío* (Serie Análisis de estudios de salud de los pueblos indígenas de Chile, Región del Bío Bío. N°1). Santiago, Chile: Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

Chile, Ministerio de Salud (s.f.). *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2010*. Santiago, Chile: Autor.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe-la Alianza Territorial Mapuche (2012). *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos* (Colección Documentos de proyectos N°473). Extraído del Sitio Web de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/3974>

Cruz, E. (2013). Multiculturalismo e interculturalismo: una lectura comparada. *Cuadernos Interculturales*, 11(20), 45-76.

De Araujo, C. (2002). Da cultura ao inconsciente cultural: psicologia e diversidade étnica no Brasil contemporâneo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 22(4), 24-33.

Díaz, A., Pérez, M., González, C. & Simon, J. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería*, 10(1), 9-16.

- Durán, T. (2002, Junio). *Teoría y práctica en salud intercultural. Una visión desde la experiencia contextualizada en la región de la Araucanía*. Ponencia presentada en Centro de Estudios Socioculturales, Universidad Católica de Temuco, Temuco, Chile.
- Emmanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En A. Pellegrini & R. Macklin (Eds.), *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional* (pp. 33-46). Santiago, Chile: Programa regional de bioética OPS/OMS.
- Errázuriz, G. (2006). El pueblo mapuche: historia, medicina y proyectos de coexistencia en el área de salud. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(4), 399-404.
- Figuroa, V. (2012). La realidad de los Pueblos Indígenas en Chile: Una aproximación sociodemográfica para contribuir al diseño de Políticas Públicas pertinente. *Anales*, 3, 137-153.
- Flores, R. (2004). Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Mad 10*, 21-29.
- García, C. & Saal, A. (2007). Transculturalidad y enfermedad mental. Los mapuche en Neuquén. *Revista de la Facultad*, 13, 35-57.
- García-Huidobro, D. (2010). Enfoque familiar en la atención primaria: una propuesta para mejorar la salud de todos. *Revista Médica de Chile*, 138, 1463-1464.

- Giménez, C. (2003). Pluralismo, multiculturalismo e interculturalidad. Propuesta de clarificación y apuntes educativos. *Educación y Futuro: Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 8, 9-26.
- Gobierno de Chile (2008). *Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas*. Santiago, Chile: Comisionado Presidencial para Asuntos Indígenas.
- Grebe, M. (1998). *Culturas indígenas de Chile. Un estudio preliminar*. Santiago, Chile: Pehuén.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman & J. Haro (Comps.), *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en investigación social* (113-145). Hermosillo, México: El Colegio de Sonora.
- Harris, M. (1996). *El Desarrollo de la Teoría Antropológica. Historia de las Teorías de la Cultura*. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.
- Hart, L., Jorm, A., Kanowski, L., Kelly, C. & Langlands, R. (2009). Mental health first aid for indigenous australians: Using Delphi consensus studies to develop guidelines for culturally appropriate responses to mental health problems. *BMC Psychiatry*, 47(9), 1-12. doi:10.1186/1471-244X-9-47
- Ibacache, J., McFall, S. & Quidel, J. (2002). *Rume kawenmew ta az mapu. Epidemiología de la transgresión en Makewe-Pelale* (WorkingPaper N°2, Ñuke Mapuförlaget). Extraído del sitio web del Centro de Documentación Mapuche: <http://mapuche.info.scorpionshops.com/?aut=53&sida=38>

Incayawar, M. & Maldonado-Bouchard, S. (2009). The forsaken mental health of the indigenous peoples - a moral case of outrageous exclusion in Latin America. *BMC International Health and Human Rights*, 9(27), 1-5. doi:10.1186/1472-698X-9-27

Instituto Nacional de Estadísticas (2002). *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Estadísticas.

Instituto Nacional de Derechos Humanos (2013). *Informe Final Comisión por los Derechos del Pueblo Mapuche*. Santiago, Chile: Autor.

Íñiguez, L. (2008, Septiembre). *Métodos cualitativos de investigación en ciencias sociales. El análisis de la información*. Extraído del sitio Web del Departamento de Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona: <http://psicologiasocial.uab.es/lupicinio/index.php/documentos/category/1-materiales>

Isaacs, A., Maybery, D. & Gruis, H. (2012). Mental health services for aboriginal men: Mismatches and solutions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 400-408. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00809.x

Isaacs, A., Pyett, P., Oakley-Browne, M., Gruis, H. & Waples-Crowe, P. (2010). Barriers and facilitators to the utilization of adult mental health services by Australia's Indigenous people: Seeking a way forward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 75-82. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00647.x

Jean, E. & Braune, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 177-185.

Junge, P. (2001, Noviembre). *Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica*. Simposio realizado en el IV Congreso Chileno de Antropología del Colegio de Antropólogos de Chile, Santiago, Chile: LOM.

Kleinman, A. (1978). Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12, 83-93.

Kottak, C.P. (2000). *Antropología Cultural*. D.F., México: McGraw-Hill.

Landini, F. (2015). *Hacia una psicología rural latinoamericana*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO.

Levil, R. (2006). Sociedad Mapuche Contemporánea. En P. Marimán, S. Caniuqueo, J. Millalén & R. Levil (Comps.), *¡...Escucha, winka...! Cuatro ensayos de historia nacional mapuche y un epílogo sobre el futuro* (pp. 219-252). Santiago, Chile: Lom Ediciones.

Ley Indígena (1993).

Ley Orgánica del Sector Salud (2004).

Malgesini, G. & Giménez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid, España: Los libros de la Catarata.

- Marileo, A. (2009). *Un acercamiento al mundo mapuche*. Temuco, Chile: Escuela de Filosofía y Sabiduría Ancestral Mapuche.
- Marimán, P. (2006). Los Mapuche antes de la conquista militar chileno-argentina. En P. Marimán, S. Caniuqueo, J. Millalén & R. Levil (Comps.), *¡...Escucha, winka...! Cuatro ensayos de historia nacional mapuche y un epílogo sobre el futuro* (pp. 53-127). Santiago, Chile: Lom Ediciones.
- Marimán, J. (2012). *Autodeterminación. Ideas políticas mapuche en el albor del siglo XXI*. Santiago, Chile: Lom Ediciones.
- Marton, F. (1990). *Fenomenografía: un enfoque de investigación*. Extraído del sitio Web de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid: http://www.feyts.uva.es/ped/metodos/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=103
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112.
- Mehl-Madrona, L. (2009). What traditional indigenous elders say about cross-cultural mental health training. *Explore*, 5(1), 20-29. doi:10.1016/j.explore.2008.10.003
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.

Mignone, J., Barlett, J. & O'Neil, J. (2005). Prácticas modelo en salud intercultural. En H. Nami, M. Fernández & O. Scher. *Diversidad cultural: múltiples miradas del tiempo presente* (pp.101-119). Buenos Aires: Centro de Estudios Argentino Canadienses.

Moreno, L. (s.f.). *Sistemas o esquemas de atención a la salud*. Extraído del sitio Web de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, Departamento de Salud Pública:

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/16.pdf>

Moreno, L. (2006). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.

Olavarría, M. (2005). Acceso a la salud en Chile. *Acta Bioethica*, 1, 47-64.

Organización Internacional del Trabajo (2006). *Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Santiago, Chile: Autor.

Organización Mundial de la Salud (1998). *Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas*. Washington, D.C.: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición. Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Extraído del sitio Web de la Organización Mundial de la Salud http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización de Naciones Unidas (2005). *Proyecto de programa de acción para el Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo* (Serie A/60/150). Nueva York: Autor.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (1993). *Resolución V* (Documento CD 37/20). Washington, D.C.: Autor.

Ortiz, V. (2004). *La etnicidad en la era de la globalización: estudio comparativo sobre la construcción de la identidad étnica en comunidades mapuche del valle Purén-Lumaco* (Tesis de Pre-grado no publicada), Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

Pedrero, M. (2010, Noviembre). *Salud mental y cultura: elementos para el abordaje intercultural del suicidio en poblaciones indígenas*. Ponencia presentada en Primer Seminario de Salud Mental, Interculturalidad y Pueblos Indígenas. Alto BíoBío, Chile.

Preiss, D. & Peña, T. (2011). Psicología cultural: una disciplina necesaria. *Revista de Estudios Sociales*, 40, 131-141.

QSR International Pty Ltd. (2006). *Nvivo qualitative data analysis software, version 7*.

Quidel, J., Caniullan, V., Pichinao, J. & Mellico, F. (s.f.). *Medicina mapuche, mapuche bawentuwin*. Manuscrito no publicado.

- Ramírez, S. (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá. Revista de Antropología*, 14, 1-28.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. D.F, México: Aljibe.
- Ruiz, C. (2003). *La estructura ancestral de los mapuches: las identidades territoriales, los Longko y los Consejos a través del tiempo* (Working paper series N° 3 Ñuke Mapuförlaget). Extraído del sitio Web del Centro de Documentación Mapuche: <http://mapuche.info.scorpionshops.com/?aut=53&sida=38>
- Sáez, M. (2007). Interculturalidad en salud en Chile: de la teoría a la práctica. En F. Lolas, D. Martin & A. Quezada (Eds.), *Prioridades en salud y salud intercultural* (pp. 163-171). Santiago, Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética, Universidad de Chile.
- Saint Arnaul, D. & Shimabukuro, Sh. (2012). The clinical ethnographic interview: A user-friendly guide to the cultural formulation of distress and help seeking. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 302-322. doi: 10.1177/1363461511425877
- Saravanan, B., Jacob, K., Deepak, M., Prince, M., David, A. & Bhugra, D. (2008). Perceptions about psychosis and psychiatric services: A qualitative study from Vellore, India. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 231-238. doi: 10.1007/s00127-007-0292-y

- Sepúlveda, R. & Millaqueo, A. (2004). *Informe diagnóstico y de intervención comunidad Cacique José Guiñón Ercilla*. Angol, Chile: Servicio de Salud Araucanía Norte, Servicio de Psiquiatría Hospital de Angol, Programa de Salud Mapuche.
- Servicio de Salud Arauco (2009). *Interculturalidad en salud. Orientaciones para la atención integral del usuario mapuche lavkenche*. Arauco, Chile: Autor, Sección de Salud Intercultural.
- Servicio de Salud Talcahuano (2012). *Diagnóstico participativo sobre necesidades de salud de usuarios mapuche del Servicio de Salud Talcahuano*, Talcahuano, Chile: Ediciones Universidad del Bio-Bio.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1991). *Basis of qualitative research*. London: Newbury Park, Sage.
- Torri, M. (2012a). Multicultural social policy and community participation in health: New opportunities and challenges for indigenous people. *International Journal of Health Planning and Management*, 27, 18-40.
- Torri, M. (2012b). Intercultural health practices: Towards an equal recognition between indigenous medicine and biomedicine? A case study from Chile. *Health Care Anal*, 20, 31–49.
- Vallejos, A. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 39-46.
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso de salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.

Villaseñor, S. (1994). La etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo. *Salud Mental, 17*, 16-20.

Villaseñor, S., Rojas, C., Albarrán, A. & Gonzáles, A. (2006). Un enfoque transcultural de la depresión. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 69*, 43-50.

Willis, G. (2005). *Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design*. London: SAGE.

Zinck, K. & Marmion, Sh. (2011). Global focus, local acts: Providing mental health services to indigenous people. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(5), 311-319. doi:10.1016/j.apnu.2011.03.007

Zúñiga, A. (2007). Sistemas sanitarios y reforma auge en Chile. *Acta Bioethica, 13*(2), 237-245.





Anexo N°1: Participantes

Participantes:

Cañete:

Usuarios

N°	Edad	Ocupación
1	37 años	Artesano
2	29 años	Dueña de casa
3	30 años	Secretaria
4	40 años	Dueña de casa

Facilitadores interculturales

N°	Edad	Tiempo en el cargo
1	33 años	10 años
2	60 años	3 años

Prestadores de salud biomédica

N°	Edad	Cargo	Tiempo en el cargo
1	24 años	Psicólogo	1 año
2	32 años	Matrona	14 años
3	43 años	Director	3 meses
4	28 años	Matrona	3 años

5	30 años	Nutricionista	2 años
6	31 años	Psicóloga	1 año

Tirúa

Usuarios y agentes de salud tradicional

N°	Edad	Ocupación
1	56 años	Dueña de casa
2	40 años	Lawentuchefe (Hierbatera)
3	45 años	Estafeta
4	69 años	Partera
5	51 años	Lawentuchefe (Hierbatera)
6	70 años	Componedor de huesos

Facilitador intercultural

N°	Edad	Tiempo en el cargo
1	63 años	3 años

Prestadores de salud biomédica

N°	Edad	Puesto	Tiempo en el cargo
1	25 años	Psicóloga	2 años
2	28 años	Médico	3 años
3	56 años	Técnico en enfermería de nivel superior	27 años
4	26 años	Kinesióloga	2 años
5	41 años	Directora	2 años
6	27 años	Kinesiólogo	4 años
7	43 años	Jefa de Recursos Humanos	20 años
8	46 años	Tecnólogo médico	22 años
9	34 años	Médico	4 años

Informantes clave

N°	Edad	Cargo	Tiempo en el Cargo
1	34 años	Asesor Unidad Salud Intercultural Servicio de Salud Arauco	12 años
2	38 años	Encargada de	11

		Salud y Pueblos Indígenas, Secretaría Regional Ministerial de Salud	
3	52 años	Directora Museo Mapuche de Cañete	13 años
4	56	Asesor de salud del Consejo de Lonkos Provincia de Arauco	4 años
5	36 años	Ex coordinadora de Unidad de Salud Intercultural, Hospital de Cañete	1 año

Anexo N°2: Guion de entrevista para cada grupo

	Directivos	Prestadores técnico-profesionales	Facilitador intercultural	Prestadores de salud mapuche	Usuarios
Conocer la visión de salud intercultural de usuarios y prestadores.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las principales necesidades de salud presentes en la zona? • ¿Cuáles son los elementos característicos de la población usuaria? • ¿Cómo se manifiesta la identidad mapuche en los usuarios?, ¿de qué manera influye en sus creencias y prácticas de salud? • ¿Cuáles son las particularidades de trabajar en un contexto con 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las principales necesidades de salud presentes en la zona? • ¿Cuáles son los elementos característicos de la población usuaria? • ¿Cómo se manifiesta la identidad mapuche en los usuarios?, ¿de qué manera influye en sus creencias y prácticas de salud? • ¿Cuáles son las particularidades de trabajar en un contexto con presencia de población 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las principales necesidades de salud presentes en la zona? • ¿De acuerdo a su visión, qué es necesario para que las personas tengan una buena salud? • ¿Cuáles son las particularidades de trabajar en un contexto con presencia de población mapuche? • ¿Cómo se manifiesta la identidad mapuche en las personas de Tirúa/Cañete?, 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué sabe del trabajo en salud intercultural que se desarrolla en el hospital/Cesfam? • ¿Qué necesidades de salud tienen las personas en Tirúa/Cañete? • ¿Cómo se podría responder de mejor manera a las necesidades de las personas se atienden en el hospital/Cesfam? • ¿Qué opina acerca de la incorporación de este tipo de prestaciones dentro de los servicios entregados en el Cesfam/hospital? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué opina sobre la atención de salud con que cuentan en Tirúa/Cañete? • ¿Cuáles son las principales necesidades de salud de la comunidad? • ¿Qué se necesita para tener una buena salud? • ¿Cómo debería ser una buena atención de salud? • ¿Qué aspectos de la atención que recibe le gustaría que mejoraran? • ¿Qué sabe sobre el trabajo en salud intercultural desarrollado en el Cesfam/hospital?

	<p>presencia de población mapuche?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué elementos debería considerar una atención de salud culturalmente adecuada, respecto a: <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a los establecimientos de salud. - Calidad de la atención. - Cualidades del equipo de salud. - Relación entre prestadores mapuche y no mapuche - Infraestructura. • ¿Cuáles son los principales logros obtenidos en la materia? • ¿Qué desafíos visualizan en el 	<p>mapuche?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué elementos debería considerar una atención de salud culturalmente adecuada, respecto a: <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a los establecimientos de salud. - Calidad de la atención. - Cualidades del equipo de salud. - Relación entre prestadores mapuche y no mapuche. - Infraestructura. • ¿Cuáles son los principales logros obtenidos en la materia? • ¿Qué desafíos visualizan en el campo de la salud intercultural? • ¿Qué objetivos se pretende alcanzar en el futuro? 	<p>¿de qué manera influyen en sus creencias y prácticas de salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo debería ser una atención de salud culturalmente adecuada? • ¿Cuáles son los principales logros obtenidos en la materia? • ¿Qué desafíos visualizan en el campo de la salud intercultural? • ¿Qué objetivos se pretende alcanzar en el futuro? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué cree que las personas solicitan atenderse con usted? • ¿Cómo ha sido su experiencia de trabajar con el equipo del Cesfam/hospital? • ¿De qué manera se podría mejorar el trabajo realizado por el Cesfam/hospital? • ¿Qué prestaciones de salud mapuche podrían incorporarse en el futuro? • ¿Cómo podría fortalecerse la complementación entre prestadores mapuche y el equipo del Cesfam/hospital? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué opina de que el Cesfam/hospital trabaje con machis y componedores de huesos?, ¿cómo ha sido su experiencia de atención con estos agentes? • ¿Qué otras prestaciones de salud mapuche le gustaría que se incorporaran? • ¿Qué esperaría de una atención de salud que se adecue a las características y necesidades de la cultura mapuche? • ¿Qué esperaría del trato que entregan en el Cesfam/hospital?
--	---	---	--	---	---

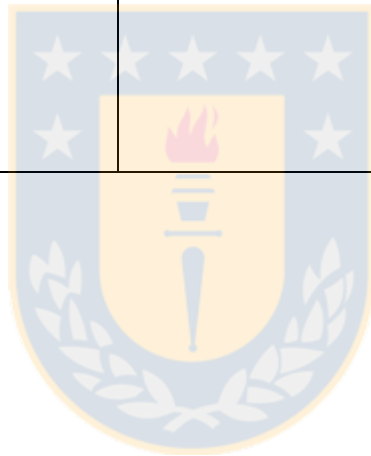
	<p>campo de la salud intercultural?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué objetivos se pretende alcanzar en el futuro? 				
<p>Conocer la visión sobre salud mental intercultural de usuarios y prestadores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las principales necesidades de la comunidad en el ámbito de la salud mental? • ¿Cómo se ha trabajado la interculturalidad en el ámbito de la salud mental? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las principales necesidades de la comunidad en el ámbito de la salud mental? • ¿Cuáles son los motivos de consulta que se presentan con mayor frecuencia? • ¿Qué particularidades se visualizan en el usuario mapuche que consulta por problemáticas de salud mental respecto de los usuarios no mapuche, ¿cuáles son estas? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se concibe la salud mental desde la cosmovisión mapuche? • ¿Qué particularidades ese visualizan el usuario mapuche que consulta por problemáticas de salud mental respecto de los usuarios no mapuches?, ¿cuáles son estas? • ¿Qué elementos debería considerar una atención en salud mental 	<p>A la machi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a su visión, ¿qué se necesita para tener una buena salud? • ¿Qué elementos afectan el bienestar espiritual/emocional de las personas? • ¿Cuáles son los principales elementos que afectan el bienestar espiritual/emocional de las personas de la zona? • ¿Cuáles son los principales problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted (o algún familiar) ha solicitado atención psicológica en el Cesfam/hospital?, ¿cómo ha sido su experiencia? • ¿Qué opina de la atención brindada por los profesionales? • ¿Qué mejoraría de la atención brindada por los profesionales? • ¿Cómo debería ser una buena atención psicológica?

		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se concibe la salud mental desde la cosmovisión mapuche? • ¿Qué elementos debería considerar una atención en salud mental culturalmente adecuada? 	<p>culturalmente adecuada?</p>	<p>espirituales/emocionales por los que las personas consultan?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué necesitan las personas para el logro de la mejoría? • ¿En qué consiste el trabajo que usted desarrolla para promover la mejoría de quienes consultan? • ¿Qué habilidades son necesarias para ayudar a una persona a lograr la mejoría? 	
<p>Describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en las comunas de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo surge el interés por desarrollar una atención de salud adecuada a las necesidades y características de los usuarios mapuches? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo surge el interés por desarrollar una atención de salud adecuada a las creencias y características de los usuarios mapuches? • ¿Cuáles son las 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo surge el interés por desarrollar una atención de salud adecuada a las creencias y características de los usuarios mapuches? • ¿Cuáles son las 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde cuándo trabaja en conjunto con el equipo del Cesfam/hospital? • ¿Cómo comenzó a vincularse con el equipo? • ¿Cómo ha sido su relación con el 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El Cesfam/hospital ha dado a conocer a la comunidad el programa de salud intercultural a ¿de qué manera? • ¿Mediante qué elementos el Cesfam/hospital

<p>Cañete y Tirúa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las razones que motivan la incorporación del enfoque intercultural en salud? • ¿Mediante qué acciones y prácticas se ha logrado implementar el enfoque de salud intercultural? • ¿Qué rol ha desempeñado el equipo de salud en este proceso? • ¿Cuál ha sido el rol del facilitador intercultural en el proceso? • ¿Cuál ha sido el rol de los componedores y machi? • ¿Cómo ha sido la relación entre 	<p>razones que motivan la incorporación del enfoque intercultural en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Mediante qué acciones y prácticas se ha logrado implementar el enfoque de salud intercultural? • ¿Cuál ha sido el rol del equipo de salud en este proceso? • ¿Cuál ha sido el rol de los directivos? • ¿Cuál ha sido el rol del facilitador intercultural en el proceso? • ¿Cuál ha sido el rol de los componedores y machi? • ¿Cómo ha sido la relación entre los prestadores 	<p>razones que motivan la incorporación del enfoque intercultural en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Mediante qué acciones y prácticas se ha logrado implementar el enfoque de salud intercultural? • ¿Cuál ha sido el rol del equipo de salud en este proceso? • ¿Qué rol han desempeñado los directivos? • ¿Cuál ha sido su rol en el proceso? • ¿De qué manera han participado los usuarios en este proceso? • 	<p>equipo de profesionales?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son sus funciones? • ¿Qué acciones han desarrollado en conjunto? • ¿De qué maneras ha participado en el desarrollo del programa de salud intercultural? 	<p>refleja la presencia de identidad mapuche en los usuarios?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Los usuarios han participado en el desarrollo del programa?, ¿de qué manera? • ¿La comunidad ha sido consultada sobre la realización del programa? • ¿Considera que la comunidad debería participar en la definición y desarrollo de este programa?, ¿de qué maneras podría participar?
-------------------------------	---	--	--	---	--

	<p>los prestadores mapuche y no mapuche?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera han participado los usuarios en este proceso? • 	<p>mapuche y no mapuche?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera han participado los usuarios en este proceso? 			
<p>Identificar facilitadores y obstaculizadores del proceso de implementación de la salud intercultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué elementos han favorecido la implementación del enfoque de salud intercultural? • ¿Qué elementos han dificultado el trabajo en materia de salud intercultural? • ¿Cuáles han sido las resistencias frente al tema? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué elementos han favorecido la implementación del enfoque de salud intercultural? • ¿Qué elementos han dificultado el trabajo en materia de salud intercultural? • ¿Cuáles han sido las resistencias frente al tema? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué elementos han favorecido el avance en materia de salud intercultural? • ¿Qué elementos han dificultado el trabajo en materia de salud intercultural? • ¿Cuáles han sido las resistencias frente al tema? 	<p>En relación a su experiencia en el programa de salud intercultural:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué elementos han contribuido al logro de un trabajo en conjunto con el Cesfam/hospital?, ¿qué elementos han facilitado que ese trabajo se haya podido realizar? • ¿Cuáles han sido las dificultades de trabajar con el 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué elementos han favorecido el avance en materia de salud intercultural? • ¿Qué elementos han dificultado el trabajo en materia de salud intercultural? • ¿Cuáles han sido las resistencias frente al tema? • ¿Qué elementos han contribuido al logro de un trabajo en conjunto con el Cesfam/hospital?,

				<p>equipo del Cesfam/hospital?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué elementos dificultan el trabajo con el Cesfam/hospital? 	<p>¿qué elementos han facilitado que ese trabajo se haya podido realizar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles han sido las dificultades de trabajar con el equipo del Cesfam/hospital? <p>¿Qué elementos dificultan el trabajo con el Cesfam/hospital?</p>
--	--	--	--	---	--



Anexo N°3: Pauta de entrevista cognitiva

Estamos realizando una prueba para saber cómo funciona este guión de entrevista. Para eso, yo le voy a leer las preguntas, y le voy a pedir que las conteste como si estuviéramos realizando la entrevista. En esta etapa, lo que nos interesa es saber cómo está funcionando la entrevista. Por eso le voy a pedir que, conforme vaya respondiendo, piense en voz alta y diga todo lo que se le viene a la mente con cada pregunta.

Además, en cada pregunta le voy a realizar más preguntas sobre la redacción de estas. Es importante que tenga presente que nosotros queremos saber si la entrevista funciona. No dude en decirme si algo le parece confuso y si algo se puede mejorar. Vamos a trabajar aproximadamente 30 minutos en todo el proceso. Antes de iniciar ¿tiene alguna pregunta?

1. Antes de contestar la pregunta, ¿podría decirme con sus propias palabras lo que le acabo de preguntar?
2. ¿Qué entiende por el término “intercultural”?
3. ¿Qué significa para usted la palabra “complementariedad”? ¿Podría darme un ejemplo?
4. ¿Usted logra ubicar el momento en qué momento surge el interés por iniciar un trabajo en salud orientado a la población mapuche?, ¿qué le ayudó a ubicarlo?
5. ¿Cree usted que las personas se sientan incómodas con alguna pregunta?
6. ¿Le parece que en alguna pregunta las personas sientan que hay una respuesta más adecuada que otra?
7. ¿Considera que, ante algunas preguntas, las personas puedan no sentirse en libertad de responder lo que realmente piensan?
8. ¿Hay alguna pregunta que no se ajuste a su experiencia como usuario/prestador?
9. ¿Qué cree que trata de indagar esta entrevista?
10. ¿Había pensado alguna vez en el tema abordado en las preguntas?, ¿cuál era su visión frente al tema?

Anexo N°4: Esquemas de códigos

INFORMANTES CLAVE

Objetivo específico N°1: Conocer la visión y expectativas de salud intercultural de usuarios y prestadores

Características del usuario mapuche

- Grupo vulnerable
 - Pobreza
 - Aislamiento geográfico
 - Brechas de salud respecto a la población general
- Desconoce el tema de la salud intercultural

Necesidades de salud del usuario mapuche

- Necesidades de orden biomédico
 - Mejor acceso
 - Mayor cobertura
 - Más horas de atención
 - Más médicos especialistas
 - Calidad de la atención
 - Buen trato durante la atención de salud

Elementos de una atención culturalmente adecuada

- Conocer y respetar la cultura mapuche
- Derivar a agentes de salud mapuche cuando es pertinente
- Construir modelos de atención de acuerdo a distintas identidades territoriales mapuches

Visión de salud intercultural

- Falta de claridad sobre el concepto
 - Concepto ajeno a la cultura mapuche
 - Concepto que no se lleva a la práctica
- Condiciones necesarias para la salud intercultural
 - Cambio en el modo de atención al usuario
 - Mayor educación sobre la cultura mapuche a los profesionales
 - Cumplimiento de la normativa referida a los pueblos originarios
- Trabajo actual en nivel de pertinencia
- Sistemas de salud deben ser autónomos
 - Riesgo de asimilación del sistema tradicional por el sistema biomédico
 - Agentes de salud tradicional deben trabajar en su territorio

Expectativas

- Programa de salud intercultural sirva a resolver necesidades de salud

- Que profesionales conozcan y respeten el sistema de salud mapuche
- Que se asegure el respeto a los usuarios mapuche
- Definir protocolos de derivación

Objetivo específico N°2: Conocer la visión y expectativas sobre la salud mental intercultural de usuarios y prestadores

Visión mapuche de la salud mental

- Visión holística de la salud
- Atribución de los problemas de salud
 - Transgresión de principios culturales
 - Deterioro ambiental como factor de riesgo
- Terapéutica
 - Orientada a restablecer el equilibrio con entorno natural y social
 - Agentes terapéuticos
 - Sabios
 - Lonkos
 - Machis

Consecuencias del conflicto estado – pueblo mapuche

- Indicadores de TEPT en niños pre-escolares

Expectativas

- Que profesionales conozcan sistema de salud mapuche
 - Identificar enfermedades culturales
 - Derivar a agentes tradicionales
 - No psiquiatrizar ante fenómenos propios de la cultura mapuche

Objetivo específico N°3: Describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en la comunas de Cañete y Tirúa

Actitud del equipo técnico profesional

- Resistencia
 - Hacia la incorporación de prestaciones de salud mapuche
 - Hacia la derivación a agentes de salud mapuche
- Mayor apertura incipiente hacia derivación a agentes de salud mapuche

Rol del facilitador intercultural

- Funciones
 - Rol asistencial
 - Orientar a usuarios en realización de trámites
 - Gestión de locomoción a usuarios
 - Acompañamiento a usuarios hospitalizados
 - Rol incipiente de asesoría

- Relación con equipo técnico-profesional
 - Relación asimétrica
 - Baja vinculación con el resto del equipo

Principales logros del proceso de implementación

- Generar discusión en el equipo sobre la salud intercultural
- Derivación a machi

Objetivo específico N°3.1: Identificar facilitadores y obstaculizadores del proceso de implementación del enfoque de salud intercultural

Facilitadores

- Presencia de actores mapuches dentro de los equipos de salud
 - Técnicos y profesionales
 - Facilitador intercultural

Obstaculizadores

- Histórico-políticos
 - Falta de reconocimiento hacia el pueblo mapuche
 - Incumplimiento de la normativa relativa a los derechos del pueblo mapuche
- Cambios de gobierno
 - Renovación de los equipos

- Pérdida de continuidad del trabajo
- Choques paradigmáticos
 - Hegemonía de la cultura occidental
 - Hegemonía del conocimiento médico

USUARIOS

Objetivo específico N°1: Conocer la visión y expectativas de salud intercultural de usuarios y prestadores

Características de los usuarios

- Usuarios que conocen sus derechos
- Usuarios que no conocen sus derechos

Necesidades de salud

- Mayor cobertura sanitaria
 - Más horas de atención
 - Mayor dotación médica
 - Mejor equipamiento

Componentes de una salud culturalmente adecuada

- Visión holística de salud
- Agentes tradicionales en sus territorios

- Paridad entre agentes tradicionales y profesionales

Visión sobre la salud intercultural

- Salud como tema de derechos
- Falta de utilidad para los pueblos originarios
 - Hay otras necesidades prioritarias
- Bajo desarrollo de la salud intercultural en el hospital
 - Folklorización de la cultura mapuche
 - Partido económico de la salud intercultural
- Actitud positiva hacia la salud intercultural desarrollada por el hospital
 - Reconoce la presencia del pueblo mapuche
 - Es útil la derivación a agentes tradicionales

Expectativas

- Que programa de salud intercultural resuelva necesidades de salud urgentes

Objetivo específico N°2: Conocer la visión y expectativas sobre la salud mental intercultural de usuarios y prestadores

Atribución de los problemas de salud mental

- Ruptura del equilibrio con el entorno natural y social
- Problemas de la vida cotidiana
 - Problemas económicos

Terapéutica

- Atención de machi
 - Ceremonias con participación de la familia

- Realizar actividades

Consecuencias del conflicto estado-pueblo mapuche

- Tensión en adultos y niños

Expectativas

- recibir atención acorde a principios culturales

Objetivo específico N°3: Describir el proceso de implementación de salud intercultural en las comunas de cañete y Tirúa

Participación de los usuarios

- Participación inicial
 - Diseño de edificio
 - Elección de facilitadores interculturales
- Participación actual
 - Baja participación de usuarios
 - Deficiente transmisión de información por parte del hospital

Rol del facilitador intercultural

- Baja injerencia

Principales logros del proceso de implementación

- Protocolo de entrega de placenta
- Derivación a machi

Actitud del equipo

- Falta de compromiso con la pertinencia de la atención
- Trato despectivo a autoridades ancestrales

Objetivo específico N°3.1: Identificar facilitadores y obstaculizadores del proceso de implementación del enfoque de salud intercultural

Facilitadores

- Mayor conocimiento del usuario acerca de sus derechos

Obstaculizadores

- Choque paradigmático
- Falta de reconocimiento hacia el pueblo mapuche
- Falta de competencias interculturales en el equipo



FACILITADORES INTERCULTURALES

Objetivo específico N°1: Conocer la visión y expectativas de salud intercultural de usuarios y prestadores

Características usuario mapuche

- Conserva sistema de salud mapuche
- Mayor empoderamiento en el tema actualmente

Necesidades usuario mapuche

- Trato respetuoso de parte de prestadores biomédicos

Atención culturalmente adecuada

- Acorde a principios culturales
 - Agentes en sus territorios

Visión de salud intercultural

- Falta claridad concepto
- Elementos necesarios para la salud intercultural
 - Reconocimiento hacia el pueblo mapuche
 - Participación de las comunidades
 - Compromiso institucional

Expectativas

- Profesionales comprendan y respeten cosmovisión mapuche

Objetivo específico N°2: Conocer la visión y expectativas sobre la salud mental intercultural de usuarios y prestadores

Atribución problemas salud mental

Situación actual

- Derivación en COSAM y unidad corta estadía
 - Resultados positivos

Objetivo específico N°3: Describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en la comuna de cañete

Origen por demanda de comunidades

Rol servicio salud

- Lineamientos iniciales
- Actualmente, ausentes

Encargados implementación

- Delegado de cada estamento
- Equipo multidisciplinario

Participación usuarios

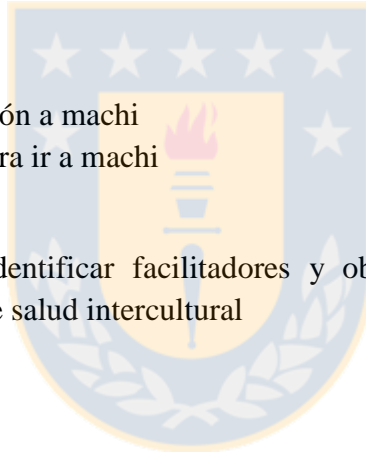
- Demandas
 - Participación en administración
 - Retomar acuerdos iniciales
 - Diferentes visiones entre los grupos
- Obligatoria según C 169

Actitud equipo

- Falta de voluntad
- Falta de consideración hacia facilitadores
- Mayores problemas con médicos
 - Trato asimétrico

Avances

- Escasos avances
- Instalar discusión
- Protocolo placenta
- Buen resultado derivación a machi
 - Movilización para ir a machi



Objetivo específico N°3.1: Identificar facilitadores y obstaculizadores del proceso de implementación del enfoque de salud intercultural

Facilitadores

- Normativa
 - C 169
 - Ley deberes...
- Sistematización de las acciones

Obstaculizadores

- Falta de reconocimiento
- Rotación de directivos
- Falta capacitación equipo
- Escasez de tiempo

PRESTADORES DE SALUD TÉCNICO-PROFESIONALES

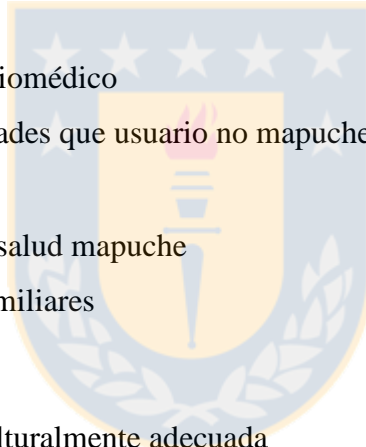
Objetivo específico N°1: Conocer la visión y expectativas de salud intercultural de usuarios y prestadores

Características del usuario mapuche

- Actitud
 - Usuarios demandantes
 - Usuarios pasivos
- Baja identidad cultural
- Conservación del sistema de salud mapuche

Necesidades de salud del usuario mapuche

- Trato respetuoso
- Necesidades de orden biomédico
 - Mismas necesidades que usuario no mapuche
- Usuario informado
 - Prestaciones de salud mapuche
 - Compañía de familiares



Características de una salud culturalmente adecuada

- Mirada holística de la salud
- Agentes mapuches en su territorio

Visión sobre la salud intercultural

- Escasa claridad acerca de la noción de salud intercultural
- Escasa aplicación a nivel operativo
- Un medio para
 - Aprender de la cultura mapuche
 - Mejorar la relación con el usuario

- Complementar sistemas de salud
- Rescatar conocimientos del pueblo mapuche

Expectativas

- Generar un modelo de participación de los usuarios
- Contar con un catastro de agentes tradicionales

Objetivo específico N°2: Conocer la visión y expectativas sobre la salud mental intercultural de usuarios y prestadores

Motivos de consulta más frecuentes

- Depresión
- Hiperactividad
- Mismos motivos de consulta que población no mapuche

Implementación del enfoque intercultural

- Reciente Derivación a machi
 - Resultados
 - No influye en la remisión de síntomas
 - Favorece adherencia de usuarios

Expectativas

- Generar un protocolo de derivación a machi

Objetivo específico N°3: Describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural

Inicios de la salud intercultural

- Por interés de un ex – director del hospital

Acciones para la implementación

- Inicios
 - Incorporación de facilitadores
 - Capacitación a equipo
 - Celebración de ceremonias mapuches
 - Instalación de señalética en mapudungún
- Situación actual
 - Derivación y transporte a machi
 - Entrega de placenta
 - Elaboración de protocolos
 - Para incorporar prestaciones mapuches
 - Para la participación de los usuarios

Rol facilitadores interculturales

- Situación inicial
 - Figura extraña para el equipo
 - Facilitar la comunicación con el usuario
 - Poca vinculación con el resto del equipo
 - Rol asistencial
 - Acompañar a hospitalizados
 - Apoyar al usuario en la realización de trámites
- Situación actual
 - Mayor validación hacia la figura del facilitador
 - Mayor comunicación con el equipo
 - Desempeño de rol de asesoría

Actitud del equipo

- Resistencia a la incorporación de prestaciones de salud mapuche que se sostiene en la actualidad

Participación de los usuarios

Situación inicial

- Participación en el proyecto arquitectónico

Situación actual

- Se está discutiendo un modelo de participación

Principales logros del proceso de implementación

- Protocolo para entrega de placenta
- Habilitación de acompañamiento familiar

Objetivo específico N°3.1: Identificar facilitadores y obstaculizadores del proceso de implementación del enfoque de salud intercultural

Facilitadores

- Interés de algunas personas
- Política de salud y pueblos indígenas
- Asignación de horas para el trabajo en temáticas interculturales

Obstaculizadores

- Heterogeneidad de opiniones entre las comunidades
- Falta de competencias en el equipo técnico-profesional
- Falta de tiempo para realizar acciones de implementación del enfoque
- Deficiente comunicación de la unidad de salud intercultural con las otras unidades



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha invitado a participar de una investigación sobre salud intercultural, enfocada en las comunas de Cañete y Tirúa, cuyo objetivo es comprender la visión respecto a la salud intercultural de usuarios y prestadores de salud de dichas comunas.

Comprendo que mi colaboración implica participar de una entrevista, previamente acordada con la investigadora, la cual será grabada en su totalidad.

Mis datos de identificación personal serán manejados de manera confidencial, siendo de estricto conocimiento del equipo de investigación. La información derivada de esta investigación será analizada y publicada sin dar a conocer mi identidad.

Mi participación es voluntaria, y puedo retirarme de la entrevista si lo estimo necesario.

La información que aporte será utilizada solamente con fines de investigación, para lograr un mayor entendimiento sobre el ámbito de la salud intercultural y aportar conocimiento sistematizado para el alcance de mayores desarrollos en el área.

Nombre

RUT

Firma

Si tengo alguna duda, puedo comunicarme con doña Camila Pérez Hunteo cuando estime conveniente, al número 57892528, o al correo electrónico camilaaleperez@udec.cl.