



# Experiencias de salud mapuche en Atención Primaria de Salud desde trabajadores sanitarios y usuarios/as en zona urbana de Chile

Mapuche health experiences in Primary Health Care from health workers and users in urban Chile.


## Mónica Manríquez-Hizaut<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5325-1749>  
E-mail: mmanriquezh@uchile.cl


## Jame Rebolledo-Sanhueza<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3245-1431>  
E-mail: jame.rebolledo@uchile.cl


## Daniela Inglés-Yañez<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0056-8432>  
E-mail: daniela.ingles95@gmail.com


## Rocío Klett-Fuentes<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1458-0176>  
E-mail: rocioklett@gmail.com

## Cristián Lagos-Fernández<sup>b</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8937-4783>  
E-mail: kinelagos@uchile.cl

## Verónica Figueroa-Huencho<sup>c</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5422-6043>  
E-mail: v.figueroa.h@iap.uchile.cl

<sup>a</sup>Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Departamento de Kinesiología. Santiago, Chile.

<sup>b</sup>Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Departamento de Lingüística. Santiago, Chile.

<sup>c</sup>Universidad de Chile. Instituto de Asuntos Públicos. Santiago, Chile.

## Resumen

Este estudio describe experiencias y percepciones sobre interculturalidad en Atención Primaria de Salud (APS) desde la perspectiva de trabajadores/as y usuarios/as de salud mapuche. Se realizó una sistematización cualitativa de experiencias de un Programa de Salud Intercultural en APS en una comuna urbana de Chile. Participaron 19 usuarios/as y 13 trabajadores/as en entrevistas individuales y tres entrevistas grupales, respectivamente. Se realizó un análisis de contenido semántico. Para los participantes, la salud mapuche es percibida positivamente, los/as usuarios/as la asimilan al concepto de interculturalidad, mientras que los/as trabajadores/as señalan que, si bien se respeta, no se promueve un trabajo integrado. Los/las participantes identifican como barreras aspectos administrativos, falta de integración y cuestionamientos científicos. Se requiere reconocimiento de la salud indígena y mayor formación de trabajadores/as sobre salud indígena e interculturalidad.

**Palabras clave:** Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente; Salud de Poblaciones Indígenas; Salud mapuche; Origen Étnico y Salud; Diversidad Cultural.

## Correspondencia

Mónica Manríquez Hizaut  
Universidad de Chile. Avenida Independencia, 1027, Comuna Independencia, Santiago, Región Metropolitana, Chile.  
Código postal 8380453.

## Abstract

This study describes experiences and perceptions on interculturality in Primary Health Care (PHC) from the perspective of health workers and mapuche health users. For this purpose, a qualitative systematization of these experiences was carried out in a PHC Intercultural Health Program at an urban commune in Chile. Data was collected by means of individual and group interviews, respectively, with 19 users and 13 professionals, and then investigated using semantic content analysis. While user perceive mapuche health positively, assimilating it to the concept of interculturality, health workers reported that mapuche health is respected, but not integrated into the routine. As barriers, the participants cited administrative aspects, lack of integration and scientific issues. In conclusion, recognition of indigenous health and greater occupational training on indigenous health and interculturality is necessary.

**Keywords:** Culturally Competent Care; Health of Indigenous Peoples; Mapuche health; Ethnicity and Health; Cultural Diversity.

## Introducción

Según el último Censo de población (INE, 2017), Chile es un país multiétnico, multicultural y multilingüe, el 12,8% de la población se considera perteneciente a algún pueblo indígena, de este grupo un 79,8% se reconoció como mapuche. Aun teniendo una importante representación poblacional, se presenta una asimetría cultural y política que marca las relaciones entre la sociedad nacional y el mundo indígena. Por ejemplo, las personas indígenas tienen menor acceso a salud y deficientes resultados en indicadores críticos de salud (Heise et. al, 2009; Oyarce et al., 2009; Moloney, 2010).

La medicina mapuche comprende la salud desde su cosmovisión de la vida, el bienestar considera tanto sus orígenes y su espiritualidad, como el equilibrio con la naturaleza, y por tanto la enfermedad involucra la ruptura de este equilibrio (Díaz et al., 2004). Atendiendo a la necesidad de pertinencia de la atención en salud y de mejorar el acceso, cobra relevancia la salud intercultural, como estrategia de salud pública para brindar atención a los pueblos indígenas.

En el año 1992 se crea el Programa de Salud con Población Mapuche (PROMAP) y luego, en 1996, se implementa el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Algunos(as) autores(as) estiman que estos programas de salud intercultural se orientaron a resolver problemas de salud integrando recursos de diferentes medicinas, sin embargo, contaron con escaso reconocimiento desde un punto de vista administrativo, mermando su implementación.

En 2008 se creó el Programa Especial de Salud para Pueblos Indígenas (PESPI), el cual buscó consolidar un sistema de salud intercultural, que no lograron instalar los anteriores programas, admitiendo la existencia y validez de otros sistemas de curación, para complementar los sistemas de salud vigentes (Manríquez-Hizaut et al., 2018). Este programa busca:

*Contribuir a la disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas*

*médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.* (Minsal, 2013).

Para la ejecución del PESPI se establecen tres ejes principales: *Equidad, Enfoque intercultural de la salud, y Participación social indígena* (Minsal, 2013), principios que son coherentes con las orientaciones del Modelo de Atención Primaria de Salud (APS) vigente en Chile (Minsal, 2012).

Es importante mencionar que el Sistema de Salud Chileno está compuesto por subsistemas, un sistema público (que cubre a más del 70% de la población) que cuenta con un seguro de Salud llamado FONASA y con diversos centros de prestación en salud a lo largo de todo el país que conforman administrativamente las Redes Asistenciales. El segundo subsistema es el sistema privado, conformado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), quienes administran los seguros de salud privado (que abarcan a más del 20% de la población chilena) y, además, cuentan con centros de prestación en salud. La población adscrita a FONASA puede atenderse en los centros de atención privados, a través de la modalidad de libre elección, pero ambos sistemas funcionan de manera independiente bajo la normativa de la Autoridad Sanitaria Chilena.

Es particularmente llamativo que los diversos programas de salud intercultural chilenos antes mencionados sólo han sido diseñados y desarrollados en el Sistema de Salud Público, no teniendo obligatoriedad de ser implementados en el sistema privado; a pesar de que la población indígena podría optar por las instituciones de salud privadas (tanto seguros como centros de atención).

Los estudios en el sistema de salud chileno exponen una crítica hacia la normativización o burocratización de la salud mapuche bajo las lógicas institucionales del Estado chileno (Alarcón et al., 2004; Anigstein; López, 2006; Boccara, 2007) y la profesionalización de los conocimientos de las culturas indígenas (Bolado, 2012) como falta de reconocimiento y asimilación de éstas a las prácticas e ideologías de la medicina occidental. Otros estudios identifican problemas de comunicación entre los profesionales de salud y agentes de salud mapuche, falta de mecanismos de

derivación y capacitación en la cosmovisión mapuche (Alarcón et al., 2004; Vásquez, 2009).

Este estudio fue realizado en el contexto de atención primaria de salud, en una comuna urbana de Santiago de Chile, en conjunto con la comunidad mapuche Kallfulikan que implementa el programa PESPI desde hace 20 años. El objetivo de este estudio es describir las experiencias y percepciones sobre interculturalidad en la APS, desde la perspectiva de trabajadores de salud y personas que se atienden en salud mapuche.

## Método

Se realizó un estudio de caso, mediante una sistematización de experiencia como un proceso de investigación participativa llevada a cabo con la comunidad mapuche que lidera la experiencia estudiada. Esta comunicación científica particular consideró las entrevistas de trabajadores(as) y usuarios(as) con relación a la salud mapuche, en el contexto de la APS.

## Diseño

La sistematización de experiencias corresponde a un proceso de investigación participativa. Mediante metodología cualitativa se levantó la experiencia de trabajadores(as) y usuarios(as) con relación a la salud mapuche, en el contexto de la APS, que se realiza en “La Ruka” (vivienda tradicional mapuche que sirve de sede para la preparación de hierbas medicinales) de la comunidad mapuche Kallfulikan. Para describir la experiencia en su totalidad, se ejecutó una sistematización de datos cuantitativos y cualitativos para rescatar los 20 años de implementación de un programa de medicina mapuche en el contexto de la APS, en la cual, los actores sociales reflexionan y analizan los procesos, rescatando el saber local, mediante una comprensión crítica de los factores que los hicieron posibles (Jara, 1994). Esta metodología ha sido recomendada para estos fines (Hasen, 2012).

## Participantes y contexto

Este estudio sobre la implementación de un programa de salud mapuche en contexto de

APS se realizó en una comuna urbana de Santiago de Chile. El trabajo de campo se concentró entre agosto y noviembre de 2017. Participaron 19 usuarios(as) en entrevistas individuales semiestructuradas. En el caso de los trabajadores de APS, se realizaron tres entrevistas grupales, con una participación total de 13 personas; de distintas profesiones y roles, los(as) profesionales no médicos presentaron una predominancia numérica (Tabla 1). La cantidad final de entrevistas permitió la saturación de la información para responder al objetivo de este estudio.

**Tabla 1 – Caracterización de participantes**

	Usuarios(as)	Profesionales
Cantidad de participantes	19	13
Mujeres	15	10
Hombres	4	3
Rango etario (años)	39-84	23-55
Pertenencia a la cultura mapuche	6	1
Tiempo de vínculo con la medicina mapuche	1 mes a 5 años	desde 6 meses a 10 años

## Análisis

Las entrevistas fueron transcritas y analizadas antes de la siguiente jornada de producción de datos, para indagar aquellos ámbitos emergentes y de interés al proyecto.

Se realizó un análisis de contenido de tipo semántico sobre las experiencias de usuarios(as) y trabajadores(as) de APS. Los resultados preliminares de este estudio fueron analizados con la comunidad mapuche a cargo del programa, como parte del proceso de sistematización global de la experiencia, a través de una jornada de presentación de los resultados, y discusión de las principales conclusiones. Para esta comunicación, esta instancia permitió validar las interpretaciones expuestas en los resultados, que, si bien no corresponden a sus propios relatos como comunidad, les parecieron coherentes en el contexto global de la experiencia. Por otro lado, estos resultados contribuyeron

a un análisis interno de la propia comunidad, que no es parte de esta comunicación.

## Consideraciones éticas

Este estudio buscó conocer la experiencia de personas vinculadas a la medicina mapuche en la APS valorando y respetando su opinión, este proceso de investigación se realizó en conjunto con la comunidad mapuche a cargo del programa. Todas las personas participantes fueron voluntarias, y se llevó a cabo un proceso de consentimiento informado con cada una, además fueron identificadas con su edad o profesión y género, respetando su anonimato. Los resultados de esta comunicación han sido discutidos con la comunidad mapuche a cargo del programa, quienes han autorizado su publicación, respetando su autonomía y siguiendo los acuerdos tomados en diálogo entre la comunidad y el equipo facilitador. Cabe señalar que este estudio contribuyó con información para el análisis interno de la Comunidad a cargo del programa, para la búsqueda de mayor encuentro con la salud occidental.

## Resultados

Del total de usuarios(as) participantes 6 se identificaron como mapuche y, de los(as) trabajadores, solo una persona identifica su origen mapuche, pero señala no mantener ninguna práctica cultural (Tabla 1). Ambos grupos presentan una visión positiva de la salud mapuche y diversas opiniones respecto a la interculturalidad y su aplicación en la APS, rescatando los aspectos positivos de trabajar con un equipo de salud mapuche, identificando las barreras para el reconocimiento y la valoración de la salud mapuche, en coexistencia con las prácticas biomédicas. A continuación, se describen las experiencias en salud mapuche y las prácticas de salud intercultural, destacando sus características, barreras y facilitadores.

## Experiencias de vinculación a la salud mapuche

Los(as) usuarios(as) acceden a la atención mapuche optimistas sobre su efectividad. La mayoría ha recibido recomendaciones de conocidos

y familiares, por lo que presentan altas expectativas, como se refleja en la siguiente cita: “*no me importa esperar toda la tarde, porque va a funcionar*” (hombre, 60 años).

Quienes tienen más tiempo de atención (6 meses a 5 años) evalúan positivamente la atención del Machi (autoridad espiritual para la cultura del pueblo mapuche) pues reconocen mejoras en sus vidas, como disminución de dolores y mejor estado anímico. Una mujer (60 años), con emoción en sus ojos y voz, relata su proceso de primera atención; “*él (machi) te ve la vida*”. Para ella la atención con el machi fue reveladora, él descubrió e indagó en aspectos de su vida que ella creía irrelevantes para su situación actual de salud, estaba sorprendida de que el Machi “*al ver la orina sabe tantas cosas*”.

Para los(as) usuarios(as) la salud mapuche se comprende como medicina natural, valoran la accesibilidad de ésta; ya que es fácil conseguir una hora de atención, y no hay requisitos de edad o residencia, no tiene costos para ellos, tampoco solicitan exámenes, ni compra de medicamentos, por lo que no hay gasto de bolsillo asociado, como sí ocurre en el sistema de salud chileno. Además, valoran la “*medicina natural*” concordando que el uso de hierbas es una terapia no industrializada, y por tanto mejor que el uso de fármacos; como bien lo resume esta expresión “*agüita es agüita*” (mujer, 70 años).

Existe la creencia de que las hierbas al ser naturales son más sanas porque no dañan el estómago y no tienen efectos secundarios; “*las pastillas hacen bien para una cosa y mal para otras*” (mujer, 67 años). Además, agregan que no tienen que tomar hierbas para cada enfermedad. El agua de hierbas, en sus diversas y secretas preparaciones, actúa en distintos malestares.

Una mujer (39 años) relata que desde la primera semana sintió cambios en su organismo, para ella “*venir a la ruka es un relajó*”. Las personas entrevistadas refieren tener fe en la medicina mapuche, confiando en que los sanará de todos sus males por su carácter natural, además tienen conocimientos generales sobre la cosmovisión mapuche, relacionadas con la integralidad en la comprensión de la salud, el uso de hierbas como medicina natural y sus efectos en el organismo. Sin embargo, ninguna participaba de otras

tradiciones mapuche, principalmente aludiendo a la falta de tiempo, más que de interés.

Respecto a los(as) trabajadores(as) de APS, mayormente se vinculan a la salud mapuche por su actual actividad laboral, cuando llegaron a trabajar en el centro de APS ya existía la Ruka. Algunos(as) recibieron inducción respecto de este programa, y otros(as) relatan que participaron de capacitaciones sobre cosmovisión mapuche, no obstante no es una experiencia compartida por todos(as).

“*[...] estuve como dos meses sin saber que existía la Ruka, y me hablaban de una Ruka y yo decía ¿dónde está? ¿dónde está? voy a ir a darme una vuelta (risas) y salí a darme la vueltecita y ahí la encontré, pero tampoco tuve la experiencia de conversar con el Machi*” (Mujer, Cargo Administrativo)

Algunos(as) trabajadores(as) han tenido una experiencia de atención en salud mapuche, ya sea propia o de familiares, lo que les ha permitido conocer su cosmovisión y su forma de atención.

“*[...] tengo hartos conocimientos porque he acompañado a familiares míos a atenderse, entonces sé cómo (es) el protocolo que ellos usan, como atienden*” (Mujer, Asistente Social)

En general, valoran positivamente la existencia de la ruka, señalan que su presencia y reconocimiento han dado fama al centro de APS entre las personas que se atienden en la ruka y quienes conocen de esta experiencia;

“*Persona 2: [...] yo creo que nos colgamos de su fama (risas)*”. (E3, P2: Enfermera)

“*Persona 1: Sí porque en realidad aquí llegan pacientes de todos los sectores [...] los pacientes se enganchan y (se) quieren cambiar a este Centro, porque está la Ruka*” (E3, P1: Administrativo)

## Salud intercultural en la APS

Para una usuaria, la salud intercultural es el encuentro de culturas, con el reconocimiento

de la cultura étnica y su valoración en diálogo entre los sistemas de salud. Desde esta creencia la usuaria identifica la falta de interculturalidad en el sistema chileno de salud y en el país en general, como se refleja en su relato:

*“es que no hay salud intercultural, falta que se fusionen ambas, tienen que trabajar en conjunto y para eso falta más difusión y que la gente deje de ver la medicina mapuche como algo esotérico, las escuelas deberían enseñar mapudungun (lengua mapuche) para que desde la infancia los niños crezcan con eso”* (mujer, 38 años).

Para los demás usuarios(as), la salud intercultural es sinónimo de salud mapuche, se materializa en la Ruka, *“esto es salud intercultural”* (mujer, 39 años), como un sistema alternativo, con medios y fines distintos;

*“Los mapuche no tienen la misma tecnología que la salud pública, ellos pueden hacer procedimientos complejos, cada uno hace lo suyo y cada*

*sistema de salud cumple propósitos distintos”* (Hombre, 87 años)

Las prácticas de atención en salud que reconocen los(as) usuarios(as) no dan cuenta de la interculturalidad como un diálogo entre distintas comprensiones culturales de salud, por ejemplo, no existe una derivación clara desde el centro de APS, tampoco reciben información sobre esta medicina, ni siquiera aquellas personas que se identifican como mapuche. Y si bien en la Ruka se les indica a las personas que continúen con el tratamiento médico, algunas señalan dejar el tratamiento farmacológico, por preferir las hierbas, pero no lo informan en sus controles médicos en la APS.

En relación con las(os) trabajadoras(es), la mayoría reconoce la salud intercultural como el encuentro de distintas culturas en diálogo, respeto y complementariedad. Identifican experiencias positivas de vinculación en el contexto de la promoción y prevención en salud, y en la derivación familiar y/o individual, así también reconocen barreras para una mejor implementación de la interculturalidad en la APS (Tabla 2).

**Tabla 2 – Características de la Salud Intercultural en Atención Primaria de Salud**

Categorías	Principales resultados	Experiencias y percepciones de trabajadores(as) de APS
Concepción sobre salud intercultural	Se reconoce un diálogo entre culturas, identificando la necesidad de conocer otras culturas, en las prácticas de salud, se enfatiza la horizontalidad y complementariedad con la medicina mapuche.	<p><i>“la interculturalidad es la relación entre culturas y que tienen un trabajo en común”</i> (Hombre, Psicólogo)</p> <p><i>“yo creo que la interculturalidad tiene que ver en el fondo con lo práctico, enfocado en la salud, (...) que en el fondo tengamos una apertura de tolerancia y de respeto con todas las otras etnias y culturas que están llegando (...) marco de respeto, de tolerancia y finalmente no de competencia sino como de complementación, que finalmente un paciente que sea hipertenso por ejemplo, no deje de tomar el enalapril por atenderse con el Machi o por atenderse con algún santerista brasilero, o que sé yo”</i> (Mujer, Matrona)</p> <p><i>“lo que yo entiendo por salud intercultural tiene que ver un poco con esta rama... más natural de lo que es la medicina mapuche y todo, pero también ... en cómo estamos nosotros como actores y cómo trabajamos no solamente con gente indígena, sino que también extranjeros”</i> (Mujer, Asistente Social)</p>

continua...

**Tabla 2 – Continuación**

Categorías	Principales resultados	Experiencias y percepciones de trabajadores(as) de APS
Experiencias de vinculación en actividades de promoción y prevención	Existen experiencias de trabajo productivo, que permiten comprender cosmovisión mapuche y mejorar prácticas en actividades de prevención de salud.	<i>"(...) organizamos la campaña de vacunación... tuvimos la oportunidad de juntarnos y obviamente conversar acerca del tema (...) en ese momento nos explicaban cuál era su visión de la vacuna y obviamente tenía mucho de los mitos que son los típicos que se conocen; que es negocio, qué sé yo, pero además nos entregaron ciertos tips para poder abarcar este tipo de población, y una de las cosas que nos comentaban es que a ellos les interesaba mucho quien ponía la vacuna, (...), efectivamente para ellos tenían mucha importancia quién la ponía porque hay un tema energético en eso, entonces... se planteó que nosotros le íbamos a mostrar las diferentes personas que vacunaban como para que ellos vieran finalmente ese tema y nos abrieron las puertas (...)" (Mujer, enfermera)</i>
Experiencias de vinculación en derivación	En cuanto a la derivación a medicina mapuche, algunos(as) profesionales derivan a usuarios(as) que consideran casos complejos o que no responden a la biomedicina.	<i>"(...) cuando hacemos trabajo de familia y es una familia de apellido mapuche y hay una situación de que las personas no quieren venir o hay un tema de atrás y la familia no sabe cómo articularse, los derivamos, para asuntos más del vínculo, si es que se puede trabajar ahí (en la Ruka) más eso, y a veces funciona y a veces no" (Mujer, Asistente Social)</i> <i>"Como psicólogo acompañé a muchos pacientes a inscribirse o a que tomarán hora, pero al mismo tiempo eran derivados con los médicos de salud mental y según el paciente si quería o no iban, como igual ocurre finalmente" (Hombre, Psicólogo)</i>
Barreras de vinculación	Falta de integración de los agentes de salud mapuche como parte del equipo de salud de la APS. Para algunos los profesionales no son acogedores, para otros los agentes tradicionales mapuche no están disponibles para la integración.	<i>"se sienten discriminados, que no los saludan, (...)</i> <i>ellos son más bien tímidos (...) y no les dan facilidades para la hora, ¡y oye! pero si son compañeros de trabajo, tú con tu compañero de trabajo les das las facilidades (...) Entonces no hay una visualización de todos que ellos son parte [del equipo de salud], y tampoco hay una valoración de todos, yo creo que a nivel general hay respeto a la cultura mapuche pero siento que no hay una...valoración" (Mujer, Asistente social)</i> <i>"(...) es que ellos se integran poco, por ejemplo en que se integran ellos, cuando hicimos el pie de cueca ahora para el 18 (de septiembre), ellos nos donaron las sopaipillas y vinieron como comunidad Kallfulikan, con un stand a presentarse (...) ellos se han ido abriendo sí, (...) por las circunstancias y todo, pero ellos son cerrados" (Mujer, Asistente Social)</i>
	Controversia sobre la validez científica de la medicina mapuche y falta de marco normativo para la protección de la práctica intercultural.	<i>"A nosotros nos miden con una vara que es la acreditación de los Centros de Salud y todos los Centros trabajamos para acreditar clínica, pero eso no existe a nivel regulatorio ni legal para la salud... la medicina complementaria, entonces de repente tú en este mercado tú te puedes encontrar con mucho chanta (embustero)" (Mujer, matrona)</i> <i>"hay una debilidad (...) que tiene que ver con el marco legal, por ejemplo usted como médico al momento de hacer una derivación al Machi ¿quién lo respalda legalmente? (...) el paciente se descompensó, terminó mal, si auditar o sumariar [realizar un sumario o investigación] al médico que derivó al Machi, ¿y por qué lo derivó al Machi y no lo derivó al Cardiólogo?" (Mujer, Matrona)</i> <i>"Pero eso es invitarlos a ser Occidentales (...) o sea nos metemos desde nuestra medida, ¿dónde está el diálogo en eso? "ah por favor vístanse como médicos, pónganse un trajecito blanco y ahí en una oficina que no pueda tener humo" entonces ya no es medicina Mapuche" (Hombre, psicólogo)</i>

continua...

**Tabla 2 – Continuación**

Categorías	Principales resultados	Experiencias y percepciones de trabajadores(as) de APS
Barreras de vinculación	El sistema de salud chileno presenta pautas o protocolos de atención poco flexibles que limitarían incorporar prácticas interculturales en la cotidianidad.	<p><i>"(...) tiene que ver con escuchar, con tener un tiempo para la persona y ... cosas que nosotros no tenemos la oportunidad de hacer, porque a ti sí te golpean la puerta de que te pasaste de tus 15 minutos, te las golpean desde funcionarios hasta el paciente, (...), ellos (salud mapuche) tienen su ritmo y la gente conoce su ritmo, por lo tanto lo respeta, nosotros también tenemos otro ritmo que es este de los minutos pauteados"</i> (Mujer, enfermera)</p> <p><i>"... si es un diabético riesgo bajo va a ir una vez al año al médico y después va a pasar por la enfermera o nutricionista, (...) en cambio en la Ruka yo creo que tiene la opción de ir a conversar, de sentarse a conversar entre todos, a lo mejor no porque tiene la atención con el Machi pero hacen comunidad, entonces eso yo creo que también les ayuda mucho a los pacientes"</i> (Mujer, educadora de párvulo)</p>

Los(as) profesionales sanitarios reconocen que no realizan una historia clínica, ni atención diferencial para personas que pertenecen a comunidades mapuche. Incluso, consideran que no es necesario, pues desde su percepción la población mapuche no lo solicita y están adaptados a las prácticas del sistema occidental. Por otro lado, consideran que la interculturalidad toma mayor importancia para abordar la atención de población extranjera;

*"[...] acá nos hemos dado cuenta con nuestros usuarios extranjeros, haitianos; ellos no perciben la salud como un autocuidado, ellos las perciben distinto [...] entonces esto de conocer quizás no tan solo nuestras culturas ancestrales sino también conocer a estos nuevos hermanos que están llegando, también nos permite saber cómo abordar esa persona desde el punto de vista de salud"* (Mujer, matrona)

Reconocen “choques culturales” con población migrante, especialmente con la población haitiana, tanto por barreras idiomáticas, como por falta de conocimiento de las prácticas y creencias sobre salud que tiene esta población, lo que dificulta el encuentro con las actividades de la APS en Chile;

*"[...] de hecho las mujeres embarazadas haitianas se controlan tardíamente porque ellos no están acostumbrados a tener un control natal preventivo"* (Mujer, matrona)

Cuando los(as) profesionales reflexionan sobre la posibilidad de incorporar cambios en las prácticas de atención, identifican que las barreras presentes no permitirían cambios locales, sin cambios en las orientaciones y políticas nacionales sobre la APS. Aun cuando estas políticas señalan que se deben incorporar enfoques como la integralidad y la interculturalidad, para los(as) profesionales la atención en la Ruka es más integral y genera mayor vínculo con los(as) usuarios(as), en comparación con lo que se realiza en el centro de APS. Lo anterior lo asocian a la gestión basada en metas sanitarias que no incorporan la interculturalidad y, además, a la definición horaria poco flexible que dificulta el trabajo comunitario o en coordinación con agentes de salud mapuche. Otro aspecto que obstaculiza la acción conjunta son las instancias fallidas de capacitación a los trabajadores(as) de salud, cuyas experiencias no han sido continuas, ni universales y algunas de ellas con problemas con la certificación, lo que implicó que no fueron reconocidas y por tanto se desincentivó la participación.

Para formalizar un trabajo en conjunto algunas(os) trabajadoras(es) proponen, por un lado, que las “prestaciones de la Ruka”, como son la atención del machi y la entrega de hierbas medicinales, se incorporen a la canasta de prestaciones de la APS y así institucionalizar las prácticas como forma de reconocimiento, y por otro lado que los agentes de salud mapuche participen de las reuniones de equipo, que se realizan para coordinar la gestión o



abordar casos complejos, así aportar con su visión y ser considerados como un solo equipo.

## Discusión

La experiencia de salud mapuche en una comuna urbana es valorada positivamente por usuarios(as) y por trabajadores(as) de Atención Primaria de Salud que se vinculan con ella. No obstante, estas experiencias reflejan una brecha en la incorporación de la interculturalidad en la APS, pues los(as) usuarios(as) no reconocen diálogo entre culturas o saberes de salud, y los(as) trabajadores(as) identifican una falta de reconocimiento y trabajo en conjunto atribuido, por un lado, a aspectos administrativos del modelo de salud chileno que no permiten flexibilizar sus prácticas y adaptarse a una distinta cosmovisión en salud; y, por otro lado, a voluntades y actitudes de algunos(as) profesionales respecto a la falta de validez científica de la medicina mapuche, y los riesgos que esto implicaría para la salud de la población. Resultados similares se reportan en contextos de salud materno infantil en Colombia, donde las profesionales de salud consideran que las mujeres indígenas no son conscientes del riesgo para la salud que implica el embarazo y particularmente el parto (Castillo-Santana et al., 2017), evidenciando claramente una hegemonía de la salud biomédica como estándar de calidad en salud, sustentada en la efectividad científica de ésta, y una diferencia en la comprensión de procesos fisiológicos que desde la cosmovisión indígena pueden ser considerados propios del ciclo vital de la mujer (Castillo-Santana et al., 2017).

En este estudio se presenta la convivencia en paralelo de dos sistemas de salud, que posibilitan el acceso a la salud mapuche en la ciudad, tanto de la población mapuche, como no mapuche. Como señala otro estudio, la experiencia del contexto urbano permite mantener proyectos culturales aliándose estratégicamente con las directrices del sistema chileno para el acceso a recursos, no obstante, esto implica mayor control, subordinación y normatización del sistema de salud mapuche (Anigstein; López, 2006). Así mismo, otros estudios

han identificado la asimetría del sistema biomédico chileno con el sistema de salud mapuche y la falta de claridad teórica y práctica sobre el concepto de salud intercultural como principales barreras para la implementación de la interculturalidad (Pérez; Nazar; Cove, 2016). La asimetría es común en otros contextos, y evidencia la falta de disposición del personal de salud para dar lugar a la salud indígena, apoyándose en la hegemonía biomédica estructural e ideológica (Castillo-Santana, 2017; Mendes et al., 2018).

En la experiencia Latinoamericana, un análisis de la planificación para la equidad en salud señala que, si bien los países consideran la población “marginada”, menos de la mitad aborda los pueblos indígenas y sólo en cuatro casos se explicita la atención a población migrante (Kavanagh et al., 2021). Por otro lado, estudios de casos comparados en la región (Mignone et al., 2017) señalan que, si bien existen intentos de articulación de enfoques culturales dentro del sistema de salud más amplio, este no es tan efectivo, evidenciando el racismo institucionalizado en los hospitales y otros sectores del sistema de atención de salud.

En general las políticas de interculturalidad en salud han sido consideradas de bajo impacto, ya sea por la débil participación social, la falta de continuidad y satisfacción con la atención y la necesidad de diálogos interculturales para la articulación de conocimientos, como reportan en el caso de Brasil (Pedrana et al., 2018; Mendes et al., 2018) o bien, por falta de recursos y la secuencia de políticas arbitrarias y excluyentes, como concluye un estudio en México (Campos; Peña; Maya, 2017). En particular, al igual que en nuestro estudio, se identifica la falta de confianza entre los agentes tradicionales de salud y los profesionales de la salud occidental como obstáculo al trabajo intercultural, señalando en algunos casos no solo una resistencia de los sistemas médicos, sino también religiosos, aun cuando parecieran ser no tan influyentes (Mignone et al., 2017).

Los desafíos de la atención primaria en Chile para incorporar efectivamente la interculturalidad son: primero, permitir espacios de integración en los cuales los agentes de salud indígena participen

del equipo de salud en igualdad de condiciones y sin necesidad de ajustar o validar sus prácticas; segundo, fortalecer la formación inicial y continua de los profesionales y trabajadores(as) del sector sanitario, sobre interculturalidad y salud mapuche o indígena en general; y, tercero, conocer las culturas presentes en sus territorios, especialmente, por la convivencia con otras culturas a propósito de la migración, lo que es reconocido por los propios trabajadores participantes de este estudio, y ha sido objeto de intervenciones que incluyen competencias culturales para realizar la anamnesis de salud (Chepo; Astorga-Pinto; Cabieses, 2019). Afortunadamente, los recién graduados de medicina en Chile muestran interés en ejercer en entornos indígenas precisamente por la experiencia de la interculturalidad (Mignone et al., 2017).

Este estudio corresponde a una experiencia en particular, por lo tanto, sus resultados no son transferibles a la realidad nacional de la implementación del programa de salud indígena en Chile. Otros estudios han explicitado que es fundamental aumentar las investigaciones en población indígena en búsqueda de revertir las desigualdades de acceso y resolver las inequidades en morbilidad y mortalidad indígena (Kolahdooz et al., 2015; Cortés-García, 2020). En Chile, nuevos estudios deberán indagar en experiencias de implementación de salud intercultural en áreas rurales y otras regiones del territorio nacional.

Finalmente, debemos considerar que las políticas neoliberales, profundizadas post dictadura, fomentaron la burocratización de las prácticas indígenas en salud (Bolado, 2012), y reflejan las barreras que impone el mismo Estado chileno en la implementación de programas que buscan reconocer y mantener la coexistencia de la salud indígena. Por tanto, aun cuando se avance en las políticas de salud intercultural, sin una respuesta integral y estructural que supere las políticas fragmentadas sobre derechos indígenas, que intentan separar problemáticas ambientales y de reivindicación territorial de las temáticas de salud, situación común a toda Latinoamérica (Martínez, 2015), será imposible cumplir los tratados internacionales que protegen y reconocen los derechos de pueblos indígenas, suscritos por Chile.

## Referencias

- ALARCÓN, A. et al. Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*, Santiago, v. 32, n. 9, p. 1109-1114, 2004. DOI: 10.4067/S0034-98872004000900013
- ANIGSTEIN, M.; LÓPEZ, V. Medicina mapuche en la ciudad. Resignificaciones de la práctica médica mapuche en el siglo XXI. *Gazeta de Antropología*, Granada, n. 22, p. 1-9, 2006. DOI: 10.30827/Digibug.7106
- BOCCARA, G. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará*, Arica, v. 39, n. 2, p. 185-207, 2007. Disponible em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/chungara/v39n2/arto3.pdf>>. Acceso em: 27 maio 2022.
- BOLADO, P. Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungará*, Arica, v. 44, n. 1, p. 135-144, 2012. DOI: 10.4067/s0717-73562012000100010
- CAMPOS, R., PEÑA E., MAYA, A. Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*, Lanús, v. 13, n. 3, p. 443-455, 2017. DOI: 10.18294/sc.2017.1115
- CASTILLO-SANTANA, P. et al., Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 61-74, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017168743
- CHEPO, M.; ASTORGA-PINTO, S.; CABIESES, B. Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación. *Pan American Journal of Public Health*, Brasília, v. 43, e71, 2019. DOI: 10.26633/RPSP.2019.71
- CORTÉS-GARCÍA, M. Etnicidad y salud. Una reconceptualización necesaria. *Revista Ciencias de la Salud*, Bogotá, v. 18, n. 1, p. 6-9, 2020. Disponible em: <<https://revistas.urosario.edu.co/revistas/revista-ciencias-de-la-salud>>

edu.co/xml/562/56262799001/index.html>.  
Acesso em: 27 maio de 2022.

DÍAZ, A. et al., Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y enfermería*, Concepción, v. 10, n. 1, p. 9-16, 2004. DOI: 10.4067/so717-95532004000100002

HASEN, F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, Concepción, v. 18, n. 3, p. 17-24, 2012. DOI: 10.4067/so717-95532012000300003

HEISE, K. et al., Incidence and survival of stomach cancer in a high-risk population of Chile. *World Journal of Gastroenterology*, Pleasanton, v. 15, n. 15, p. 1854-1862, 2009. DOI: 10.3748/wjg.15.1854

INE - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. (Chile). *Censo de Población 2017*. Santiago: INE, 2017.

JARA, O. *Para Sistematizar Experiencias*. San José de Costa Rica: Centro de Estudios Publicaciones Alforja, 1994.

KAVANAGH, M. et al. Planificación para la equidad en la salud en la Región de las Américas: Análisis de los planes nacionales de salud. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 45, e106.2021. DOI:10.26633/RPSP.2021.106

KOLAHDOOZ, F. et al., Understanding the social determinants of health among Indigenous Canadians: priorities for health promotion policies and actions. *Global Health Action*, Londres, v. 8, n. 1, 27968, 2015. DOI: 10.3402/gha.v8.27968

MANRÍQUEZ-HIZAUT, M., LAGOS-FERNÁNDEZ, C., REBOLLEDO, J., FIGUEROA-HUENCHO, V. Salud Intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 20, n. 6, p. 759-763, 2018. DOI: 10.15446/rsap.v20n6.65625

MARTÍNEZ, M. Reconocimiento sin implementación: Un balance sobre los derechos de los pueblos indígenas en América Latina.

*Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, v. 60, n. 224, p. 251-278, 2015. DOI: 10.1016/so185-1918(15)30010-6

MENDES, A. et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, Brasília v. 42, e184, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.184

MIGNONE, J. et al. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine. Springer Science and Business Media*, Nova York, v. 3, n. 31, 2007. DOI: 10.1186/1746-4269-3-31

MINSAL - MINISTERIO DE SALUD. (Chile). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Dirigido a equipos de salud. Santiago: MINSAL-OPS, 2012. Disponível em: <<https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2022.

MINSAL - MINISTERIO DE SALUD. (Chile). *Orientaciones Técnicas Programa Especial de Salud Indígena (PESPI)*. Santiago: MINSAL, 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/030.OT-y-Guia-Pueblos-indigenas.pdf>>. Acesso em: 27 maio de 2022.

MOLONEY, A. Protests Highlight Plight of Chile's Mapuche. *The Lancet*, Amsterdã, v. 375, n. 9713, p. 449-450, 2010. DOI: 10.1016/so140-6736(10)60181-x

OYARCE, A.; PEDRERO, M. Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades. *Notas de población*, Vitacura, n. 89, p. 119-148, 2009.

PEDRANA, L. et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, Brasília, v. 42, e178, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.178

PÉREZ, C., NAZAR, G., y COVE, F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de

la política de salud intercultural en Chile. *Pan American Journal of Public Health*, Brasília, v. 39, n. 2, p. 122-127, 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n2/122-127/>>. Acesso em: 27 maio 2022.

VÁSQUEZ, M. *Salud Intercultural y políticas públicas: La experiencia de la organización Taiñ Adkimn en la comuna de la Pintana*. 2009. 133 f. Tesis (Magíster en Antropología y Desarrollo) - Universidad de Chile, Santiago, 2009.

---

### Contribución de los autores

Manríquez-Hizaut, Rebolledo Sanhueza, Klett-Fuentes, Inglés-Yañez, Lagos-Fernández y Figueroa-Huencho contribuyeron al diseño, producción de datos, interpretación y análisis de datos, redacción del primer borrador de este manuscrito y las subsecuentes versiones.

### Agradecimientos

A la comunidad mapuche Kallfulikan, y a los participantes de este estudio por apoyarnos en el desafío de avanzar hacia la pertinencia cultural en salud. Y al Ministerio de Desarrollo Social de Chile que contribuyó con el financiamiento del proyecto de Sistematización de Experiencias "Exploración de la percepción de usuarios, agentes tradicionales de salud y equipo de salud acerca del acceso, atención intercultural y participación de población indígena en el Centro de salud mapuche Kallfulikan, Ruka Cesfam Los Castaños, La Florida" a través del Fondo Chile de Todas y Todos 2016.

Recibido: 01/04/2022

Re-presentado: 20/03/2022; 01/04/2022

Aprobado: 05/04/2022