



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO  
ESCUELA DE ANTROPOLOGÍA

CENTRO DE SALUD MAPUCHE KVME FELEN Y LA  
IMPLEMENTACIÓN DE LOS MODELOS DE SALUD CON  
ENFOQUE INTERCULTURAL.

Alumno: Felipe Godoy Meza

Profesora guía: Catalina Chamorro Ríos

Profesor informante: Guillermo Brinck Pinset

Investigación para optar al grado de Magíster en Metodologías de la Investigación  
e Intervención Social.

Santiago de Chile, 2021

***Dedicatoria:***

*para ti mamá,*

*para ti hija,*

*y para ti Lina.*

## Índice

<b>I.</b>	<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>Antecedentes</b>	<b>7</b>
	2.1. Pertenencia indígena: breve representación estadística y espacial	7
	2.2. Interculturalidad en las políticas de salud	9
	2.3. Salud, interculturalidad y los desafíos de las sociedades pluriétnicas	10
	2.4. Los sistemas médicos o los modelos de salud intercultural	12
	2.5. Caracterización del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI): orientaciones técnicas	14
<b>III.</b>	<b>Problemáticas de investigación</b>	<b>19</b>
	3.1. Pregunta de investigación	21
	3.2. Objetivos	21
	3.3. Justificación de la investigación	21
	3.4. Hipótesis	22
<b>IV.</b>	<b>Marco teórico</b>	<b>23</b>
	4.1. El paradigma de la interculturalidad	23
	4.2. La salud, identidad y políticas públicas	26
	4.3. Los modelos o sistemas médicos	28
<b>V.</b>	<b>Marco metodológico</b>	<b>31</b>
	5.1. Condiciones en que se desarrolló la investigación	31
	5.2. Enfoque	32
	5.3. Tipo de estudios	32
	5.4. Técnica de producción de datos	33
	5.5. Revisión documental	33
	5.6. Entrevistas	34
	5.7. Muestreo	35
	5.8. Característica del estudio	36
	5.9. Estrategia de muestreo	37
	5.10. Plan de análisis	37
<b>VI.</b>	<b>Los programas de salud con enfoque intercultural</b>	<b>39</b>
	6.1. Breve contexto histórico: el indígena en la ciudad	39

6.2.	El servicio de salud y la implementación del programa	41
6.3.	El programa en la comuna de Quinta Normal	43
6.3.	Educación y sensibilización	46
6.4.	Derivaciones y atenciones medicas	47
6.5.	Casa de Salud Mapuche Kvme Felen	52
6.6.	La transversabilidad en los programas: acciones y prácticas de implementación	57
<b>VII.</b>	<b>Tensiones en la implementación del modelo de salud con enfoque intercultural</b>	<b>62</b>
7.1.	Económico	62
7.2.	Político	64
7.3.	Cultural	66
7.4.	Institucional	69
<b>VIII.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>72</b>
<b>IX.</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>77</b>
<b>X.</b>	<b>Anexos: Glosario; Operacionalización de las entrevista; Carta Gantt; Carta de consentimiento informado.</b>	<b>82</b>

## **I. Introducción**

La presente investigación de grado titulada: Centro de Salud Mapuche Kvme Felen y la implementación de los modelos de salud con enfoque intercultural, tiene por finalidad práctica elaborar una investigación empírica inscrita en el campo de las ciencias sociales para optar al título de Magister en Metodología de Investigación e Intervención Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

La presente investigación aborda como unidad de análisis la experiencia del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígena (PESPI) que se implementa desde el año 1996 hasta la fecha. El programa impulsa diversas estrategias para la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud, principalmente en aquellas comunas con composición poblacional de origen indígena. El objetivo del programa es 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.

No obstante, el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígena (PESPI), desde su trayectoria, se ha visto tensionado en su implementación, producto de los factores que obstaculizan la perspectiva intercultural, donde el enfoque intercultural en salud, responde a estrategias institucionales de colonialismo interno, tanto en sus acciones como en sus prácticas de intervenciones culturales indígenas, constituyendo expresiones folclorizadas de la tradición, creencias y costumbres en un contexto urbano.

Por medio de una metodología cualitativa y un enfoque fenomenológico y de tipo descriptivo se aborda la experiencia de implementación del programa en la comuna de Quinta Normal. El objetivo de la investigación es Analizar las tensiones para el desarrollo de un modelo de salud con enfoque intercultural en la experiencia de implementación del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en el Centro de Salud Mapuche Kvme Felen, comuna de Quinta Normal.

En el **apartado I** se presenta la introducción y un contexto de la presente investigación. En el **apartado II** se exponen los antecedentes del proyecto de investigación; elaborando una breve presentación estadística de la población indígena a nivel nacional y comunal, y una representación espacial de la población mapuche en la comuna de Quinta Normal. Seguido de los antecedentes que permitan comprender la promulgación de leyes para una política de salud intercultural y los desafío de las sociedades pluriétnicas en los contextos globalizados; los diferentes sistemas médicos y las formas de entender la salud y la enfermedad; para finalizar con una caracterización del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).

El en **apartado III** se desarrolla la problemática, la pregunta de investigación, los objetivos del estudio, la justificación y la hipótesis del presente estudio. Continuando con el **apartado IV** de carácter teórico donde se abordan los conceptos de interculturalidad en salud, políticas públicas basadas en la interculturalidad en salud y los sistemas o modelos médicos. Seguido del **apartado V** donde se expone la metodológica utilizada durante la investigación, condiciones, enfoque, técnicas, estrategia de muestreo y estrategias de análisis.

En el **apartado VI** se describe históricamente el proceso que origino el desplazamiento territorial campo-ciudad y fue asentando una población indígena en la ciudad de Santiago. Seguido por una caracterización del Servicio de Salud Occidente (SSO), las comunas que lo componen y los Centros de Salud, y el inicio de la implementación del programa en la comuna de Quinta Normal. Continuando con una descripción de las primeras acciones del programa y la conformación de una Organización Indígena que lleva a cabo la implementación. Finalizando con la conformación de la Casa de Salud Mapuche Kvme Felen y a la atención médica tradicional indígena hasta las últimas acciones y actividades de implementación. Para finalizar con el **apartado VII** de análisis de datos cualitativos abordando las tensiones en la implementación del modelo de salud con enfoque intercultural. Identificando y analizando cuatro tensiones en la experiencia de implementación del programa de salud con enfoque intercultural: a) económica, b) política, c) cultural, d) institucional. Para dar paso al **apartado VIII** final que corresponde a las conclusiones entorno a experiencia de implementación de los modelos de salud con enfoque intercultural en la comuna de Quinta Normal.

## **II. Antecedentes**

### **2.1. Pertenencia indígena: breve representación estadística y espacial**

El número de población que declaró pertenecer a algún pueblo indígena según las estimaciones del INE y la Casen 2017 fue de 2.144.479 personas, correspondiente a un 12,4% del total de la población. El 18,5% se concentra en zonas rurales mientras que el 8,2% se concentra en zonas urbanas. La composición de la población indígena a nivel nacional es la siguiente: mapuche con 84,8% correspondiente a 1.437.308 personas, seguido por la población aymara con 6,6% y la diaguita con un 4,2%.

La presencia de población indígena en la región metropolitana es el resultado de varios procesos históricos, representando el 6,8% del total del país. Las mayores concentraciones de población indígena se registran en las comunas que componen el Gran Santiago, siguiendo el patrón de distribución general de la población. Las comunas que registran los mayores porcentajes de población indígena son, en orden de importancia, Cerro Navia (Occidente), La Pintana (Sur oriente), Peñalolen (Oriente), Lo Prado (Occidente), San Ramón (Sur-oriente), Renca (Occidente), Pudahuel (Occidente), Huechueraba (Norte). En la región metropolitana el 94,8% se representa por la población indígena mapuche.

En el área de cobertura del Servicio de Salud Occidente hay presencia de, al menos, tres de los ocho pueblos indígenas del país: mapuche, aymara y rapa nui. Las organizaciones mapuches participan activamente del programa debido al componente histórico, mayor presencia y mayor nivel de organización.

En la comuna de Quinta Normal, se considera perteneciente a un pueblo indígena según la encuesta Casen 2017 corresponde al 11,8%. Con respecto a la población masculina se observa una concentración de la pirámide de edad entre los 20 y 29 años, seguido por una pequeña disminución representativa entre los 30 y 34 años de edad. Por su parte, la población femenina se observa una concentración de la pirámide de edad entre los 25 a 29 años, seguido por tres concentraciones de edades, 20 a 24, 30 a 34 y 40 a 44, lo que indica una concentración femenina más bien dispersa.

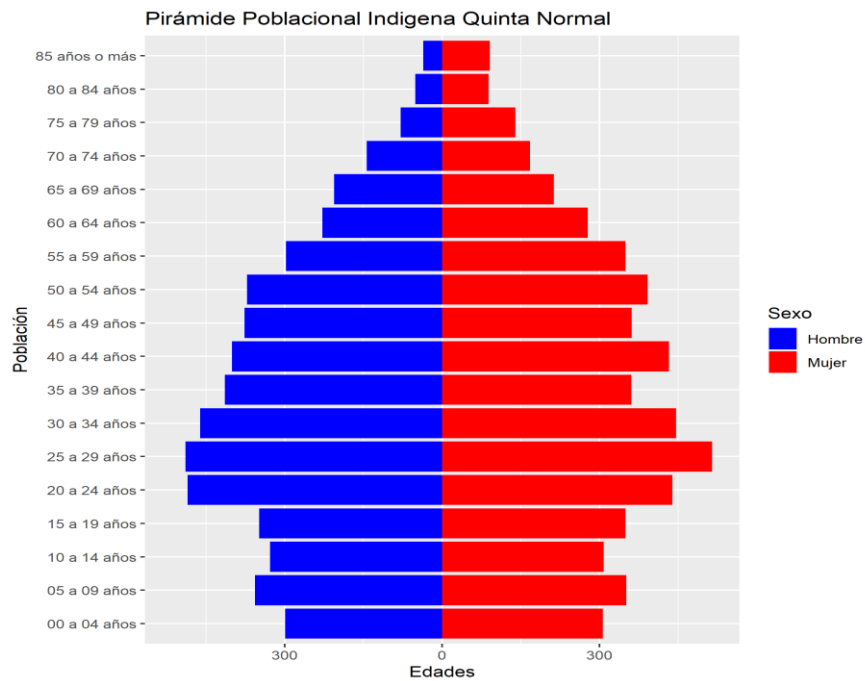


Ilustración 1 Fuente: Base de datos Ine - Casen, 2017. Elaboración propia, 2021.

En la comuna de Quinta Normal la presencia indígena es mayoritariamente mapuche, con mayor concentración en la zona norponiente y sur de la comuna, y se representa espacialmente de la siguiente forma:

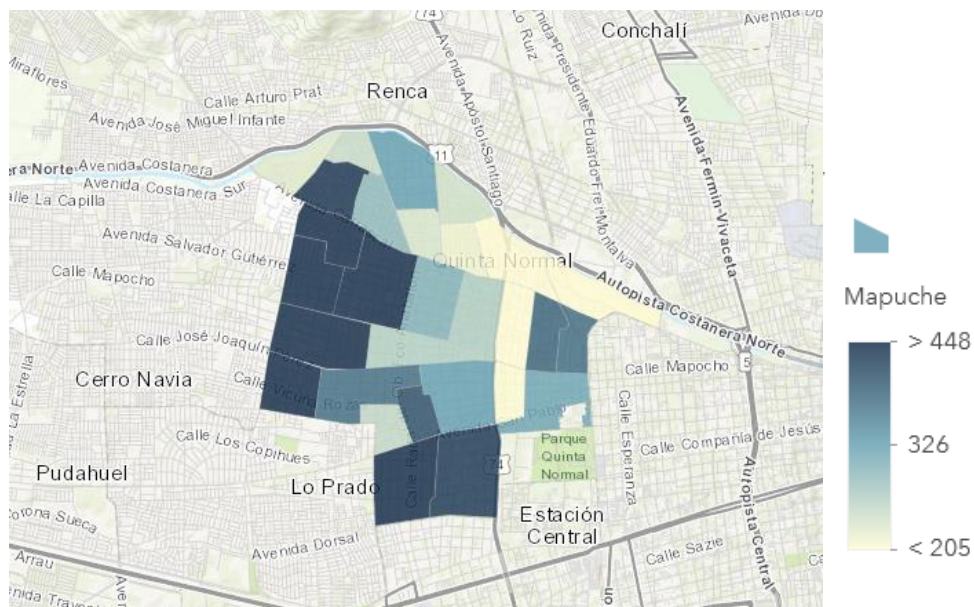


Ilustración 2 Fuente: Base de datos Casen 2017. Elaboración propia, 2021.

## **2.2. Interculturalidad en las políticas de salud**

Con la vuelta a la democracia en el año 1990, se inicia un proceso de incorporación de los pueblos originarios nacionales a las políticas estatales, en torno a la valoración de la cultura material y simbólica. El Estado y las instituciones han levantado iniciativas de rescate, conservación y puesta en valor de las prácticas y conocimientos de los pueblos originarios por medio de los programas institucionales que se implementan. De esta forma, surgen varias políticas públicas basadas en el paradigma de la interculturalidad, un proceso que surgió para combatir la historia de opresión social y política de los pueblos originarios. “Comienza un proceso de definiciones y redefiniciones dentro de un horizonte neo indigenista que fomenta visiones prístinas sobre la identidad, la cultura, la interculturalidad y la participación indígena” (Bolados. 2011: 4)

La política de salud para pueblos indígenas se inaugura con el PROMAP o Programa Mapuche (1992), siendo el primero focalizado en dicho grupo poblacional en la Novena Región (Poblete y Goldestein. 2019). En el año 1993, promulgándose la Ley 19.253, la que promueve y resguarda los derechos de los pueblos indígenas en relación a territorio, cultura, educación y política (Gallado, B, Kotthoff, H, Lecaros, F. 2015). El estado chileno reconoció por la primera vez que los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura (SIAC. 2011).

Bajo la implementación de la Ley 19.253, en el año 1996, el Ministerio de Salud (MINSAL), a través de la Comisión de Política de Salud y Pueblos Indígenas, crea el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la situación de salud de la población indígena, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre la activa participación de los pueblos originarios en su construcción; y la formulación, financiamiento e implementación de programas, estrategias y actividades, que aporten a la disminución de las brechas sanitarias en materia de acceso, calidad y efectividad (MINSAL, 2006).

De esta forma, el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) busca resolver las inequidades en salud para personas pertenecientes a pueblos indígenas provocadas por barreras culturales (lingüística, identitaria, diferencias en percepción de

problemas de salud, entre otras). Para esto, el programa se implementa a través de tres componentes: 1) facilitador intercultural, que permite mejorar la adherencia a los tratamientos, al identificarse con la enfermedad y lograr la recuperación o rehabilitación; 2) prestaciones de salud con pertinencia cultural, que permiten reducir la brechas de acceso de la población que no asiste a los centros tradicionales, y; 3) sensibilización de los equipos de salud sobre la realidad cultural de los pueblos, lo que permite tener personal capacitado y sensibilizado a la realidad cultural de los pueblos indígenas.

El Convenio 169 de la OIT (2008) demanda a Chile el deber de cautelar los derechos colectivos de los pueblos indígenas; y específicamente, el derecho a la salud. El programa PESPI se refuerza con la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria (2004) que indica la necesidad de formular políticas que incorporen el enfoque intercultural, desarrollando orientaciones para los servicios de salud en materia de pertinencia cultural (BCN. 2008). Además, en 2012, la Ley N°20.584 de Los Derechos y Deberes de las Personas en la Atención de Salud, en su artículo N°7, señala las obligaciones de los prestadores de salud público donde existe alta concentración indígena. Asegurar el derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, la existencia de facilitadores interculturales y señaléticas en idioma español y en el del pueblo originario (BCN. 2012).

### **2.3. Salud, interculturalidad y los desafíos de las sociedades pluriétnicas**

Uno de los grandes desafíos que presentan las sociedades pluriétnicas en un contexto globalizado, es instaurar el debate en torno a los fenómenos de diversidad cultural que se dan en espacios concretos y que se tensionan frente a la visión de homogeneidad bajo la cual opera el sistema de administración moderna. La política indígena exigida por el estado a través del siglo XX, hasta los años 60, seguía una legislación marcadamente asimilacionista y homogeneizadora (Boccaro, 1999). La homogeneidad cultural, ha sido constantemente impuesta a todo aquel que habite el territorio de un Estado-nación y donde los procesos globalizadores se han convertido en una fuerza que rige y dirige las dinámicas que han ido modificando las relaciones sociales tanto productivas, como socioculturales a nivel mundial.

Los Estados modernos, integran estos enfoques interculturales de salud como un valor de dignidad humana y reconocimiento a la diversidad. Desde un enfoque de derecho, la interculturalidad son acciones de justicia social y dignidad. Las políticas de identidad entrada

a los 90, corresponde a programas instituciones que intentan disminuir la brecha económica, política y cultural de los pueblos originarios.

De esta forma, se instala el concepto de interculturalidad entendida como la interrelación equitativa *entre* pueblos, personas, conocimientos y prácticas culturales diferentes; una interacción que parte del conflicto inherente en las asimetrías sociales, económicas, políticas y del poder (Walsh, 2005: 45). En definitiva, el concepto busca “impulsar activamente procesos de intercambio que permitan construir espacios de encuentro entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas” (Ibid: 45). Sin embargo, la implementación de sistemas interculturales en centros de salud, se encuentran con muchas críticas, y algunos creen que tales sistemas crean nuevas patrones de poder dentro del sistema médico y no realizan cambios efectivos o productivos (Boccaro, 2007). La interculturalidad no es simplemente una interrelación humana entre la diversidad cultural que habita un territorio, más bien, es entendida como un proceso de interrelación asimétrica que se presentan entre los sistemas, estructuras y relaciones de poder que diferencian a los grupos humanos.

Por lo tanto, la interculturalidad se entiende como las interrelaciones que estructuran una sociedad en términos culturales, etnicidad, lengua, religiosidad, un ensamble que se percibe mediante la articulación de los diferentes grupos, los cuales interactúan en constelaciones mayoría-minorías. “Frecuentemente estas relaciones son asimétricas en relación con el poder político y socioeconómico establecido y suelen reflejar las maneras históricamente arraigadas de visibilizar o invisibilizar la diversidad, así como la manera de estigmatizar la otredad y de discriminar a ciertos grupos en particular” (Dietz, 2012: 193).

Ahora bien, la interculturalidad en salud requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios y los sistemas médicos oficiales expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal. Un principio rector en que se puede manifestar la interculturalidad en salud es la complementariedad de estos sistemas médicos, proponiendo un acercamiento de los equipos de salud (medicina occidental) con los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional, respetando los conocimientos del otro y generando espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre ambas medicinas (Hasen, 2012).

## **2.4. Los sistemas médicos o los modelos de salud intercultural**

La teoría de la interculturalidad en salud está basada en el concepto de que la salud propia está íntimamente vinculada con el contexto “biopsicosocial” de una persona, y no solo se define de su estado mental y/o corporal. De hecho, toda la “experiencia de vivir en sociedad, sobre enfermarse y cuidarse (...) es experiencia eminentemente intersubjetiva y relacional, mediada por el fenómeno cultural” (Langdon, 2010: 180). Desde la filosofía hegeliana y la fenomenología, “el reconocimiento designa una relación recíproca ideal entre sujetos, en la que cada uno ve al otro como su igual y también como separado de sí. Se estima que esta relación es constitutiva de la subjetividad: uno se convierte en sujeto individual sólo en virtud de reconocer a otro sujeto y ser reconocido por él” (Fraser. 2009: 85). Es una importancia ética el reconocimiento a los pueblos originarios que se articula en una política pública de los Estados modernos.

Todas las culturas tienen un conocimiento sobre salud y enfermedad, que se diferencian de los usos, modos y tratamientos con el sistema de salud moderno y hegemónico. Todas las culturas han contado con especialistas que poseen un conocimiento sobre el cuerpo, la naturaleza y el cosmos, heredado o transmitido como un “don”, cuya manifestación se expresa en un contexto cultural de creencias, costumbres y tradiciones. Es por ello, que la interculturalidad en salud está basada en el concepto de que la salud propia está íntimamente vinculada con el contexto biopsicosocial de una persona, y no solo se define de su estado mental y/o corporal.

El sistema médico ancestral se caracteriza por las condiciones; políticas, sociales, económicas, religiosas y medio ambientales; en particular, por su mitología, sistema de creencia y cosmovisión, lo cual determinará una forma de entender el mundo, practicar una forma de ética, moral, conocimiento y saberes indígenas.

La literatura científica y antropológica apunta a la universalidad del fenómeno de salud-enfermedad y a la construcción de formas culturales que pueden ser entendidas bajo el concepto de "sistemas médicos" (Davinson et al., 1997). En una primera aproximación, entendemos como sistema médico a un conjunto de conocimientos, creencias, técnicas, roles, normas, valores, ideologías, actitudes, costumbres, rituales, símbolos y prácticas relativos al ámbito de la salud-enfermedad (Pedersen 1989. En: Davinson et al., 1997). La perspectiva

holística de su salud, implica que el comportamiento de los seres humanos se concibe en directa relación con su entorno, relación en la cual ser humano y medioambiente (sociocultural y ecológico) llegan a conformar una unidad que enfrenta el desequilibrio existente en la enfermedad.

En la cultura mapuche la salud es entendida de forma holística. Lo que se denomina *Küme Mongen* (o Buena Vida) es el resultado del equilibrio entre la persona, el medio ambiente y lo sobrenatural, integrando este enfoque en el modelo armonía-desarmonía, en donde la salud se mantiene como una interdependencia entre los elementos antes mencionados (Ibacache et al. 2002). Por su parte, las culturas andinas atacameñas la salud se pierde cuando existe una transgresión o desequilibrio entre alguno de los tres elementos (individual, comunitario y medio ambiental). Una perspectiva holística de la salud, implica que el comportamiento de los seres humanos se concibe en directa relación con su entorno. “La salud, entonces, es producto de una buena articulación y equilibrio entre ellos, produciéndose la enfermedad al momento de romperse o transgredirse la relación entre algunos de ellos” (Bolados. 2014: 31).

El paradigma de la modernidad opera por medio de la razón y el método científico, reemplazando el antiguo paradigma de la fe de la época feudal, desde ahora la fe será depositada en las ciencias, progreso y en la idea de civilización. “Desde ahora comenzaran a configurar los nuevos parámetros y marcos referenciales a través de los cuales se estará percibiendo y construyendo la realidad” (Contreras. 2011: 28). De esta forma “estamos sometidos a la producción de la verdad del poder y no podemos ejercer el poder sino a través de la producción de la verdad” (Foucault. 1992: 28). Es por ello, que “La producción científica se encuentra tensionada por nociones de verdad que operan en determinados momentos históricos y/o por grupos que se imponen desde el poder, construyendo una determinada forma de observar la realidad” (Contreras. 2011: 46, 47).

De esta perspectiva, el programa gubernamental que se investiga, pone en dialogo los sistemas o modelos médicos de distintas sociedades<sup>1</sup>, desde una perspectiva de complementariedad de saberes y conocimientos al sistema formal de salud pública, con la

---

<sup>1</sup> En este caso el sistema medico mapuche.

finalidad de ampliar la elección libre para el tratamiento de distintas dolencias del cuerpo, la mente y el espíritu.

## **2.5. Caracterización del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI):**

### **Orientaciones técnicas.**

En un contexto democrático, el Estado y las instituciones han levantado iniciativas de rescate, conservación y puesta en valor de las prácticas y conocimientos de los pueblos originarios por medio de los programas institucionales que se implementan. Desde el año 1996 el Ministerio de Salud cuenta con el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), busca avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud de los pueblos indígenas de nuestro país y en las formas de abordarlas, en un marco de respeto y puesta en valor de los conocimientos y prácticas de salud.

El Programa se desarrolla desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (DIVAP), se coordina con referentes de los Servicios de Salud, en 26 de los 29 Servicios de Salud a lo largo de Chile. Por su parte, la Subsecretaría de Salud Pública a través del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad de la División de Políticas Públicas Saludables DIPOL, desarrolla funciones regulatorias y trabaja con las regiones a través de las SEREMI.

#### **a) Aspectos institucionales, normativos y legales**

El Estado de Chile, de conformidad con las normas legales vigentes y los tratados internacionales promulgados como ley de la República, tiene el deber de respetar, reconocer y proteger los sistemas de salud de los pueblos indígenas, incorporando el enfoque intercultural en el sector salud por medio de una política pública.

La condición étnica genera un nuevo marco legal, normativo e institucional reconociendo “los derechos colectivos de los pueblos indígenas, como un reconocimiento de naturaleza diferente a los referentes a los derechos individuales, implica la existencia de un nuevo sujeto jurídico: los pueblos indígenas” (Valenzuela. 2005: 41). Esto, a su vez, implica la necesidad de dar legitimación legal a estos nuevos sujetos de derechos, generando marcos legislativos para el ejercicio efectivo de los derechos colectivos.

El llamado de los organismos internacionales, en especial de la Resolución V de la OPS/OMS en el año 1993, incentiva en avanzar desde el Ministerio de Salud en la generación de políticas y estrategias nacionales, en materia de salud de los pueblos indígenas. En nuestro país, se refuerza la iniciativa con la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades y características culturales de la población indígena, constituyéndose en una meta para el Programa de Salud y Pueblos Indígenas que se enmarca también en el cambio de modelo de gestión en salud familiar y comunitaria, propiciado por el Ministerio de Salud, expresada desde la Ley N°16.651.

Desde el año 2006 se encuentra oficialmente el instrumento “Política de Salud y Pueblos Indígenas” que establece un marco de principios donde se reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación, y los derechos políticos de los pueblos indígenas.

#### **b) Aspectos teóricos**

Desde la institucionalidad y el ministerio, la interculturalidad en salud es entendida como “las interacciones dialógicas que permiten visibilizar y conocer las diversidades socioculturales presentes en la población usuaria de un centro de salud. Se entiende también como interculturalidad en salud, a los esfuerzos dialógicos que lidera el personal de salud, con el objetivo de cubrir las necesidades de accesibilidad, atención culturalmente pertinente y satisfacción de usuarios, usuarias y comunidades con matrices culturales diversas” (PESPI. 2011: 5). El diseño de la estrategia con enfoque intercultural, de igual forma, incorpora las condiciones socioeconómicas y la característica de los territorios.

Por medio de la transversalización del enfoque intercultural del programa se generan componentes de liderazgo y capacidad de diálogo, propuesta en la definición de interculturalidad, identificando puntos críticos y problematizando que permita construir un proceso de transversalización del enfoque intercultural con énfasis en los programas de salud regulares. “De este modo, se plantea que al fortalecer la transversalización, se abre la posibilidad para el intercambio entre sistemas médicos y la complementariedad en salud. En este sentido son posibles los procesos de derivación (de referencia y contrareferencia), lo que recae en el rol del encargado/a de programa, junto con los equipos técnicos de salud intercultural local” (PESPI. 2011: 6)

“El desafío es desarrollar un Modelo de Atención con enfoque intercultural con participación indígena y que apunte a la disminución de las desigualdades sociales en salud”. (PESPI. 2011: 6). El modelo que se propone como instrumento aborda los siguientes conceptos orientadores:

- 1) **Equidad:** es la construcción de un sistema de salud que busca contribuir a disminuir las brechas existentes en el acceso a la atención de salud oportuna y de calidad.
- 2) **Interculturalidad:** está orientado a la incorporación del enfoque en las siguientes acciones de salud que realizan los profesionales y técnicos en su relación con los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas.
- 3) **Participación:** en la formulación, ejecución, evaluación y monitoreo de los planes locales.

### c) Componentes

En este contexto, el Programa asume un rol activo de coordinación nacional, regional y local, para abordar en conjunto con las organizaciones indígenas y sectores interesados, la generación de estrategias para proveer servicios de salud integrales y culturalmente apropiados a la realidad regional y local. Los componentes del programa, que presentamos a continuación, se basan en los principios teóricos revisados en el apartado anterior.

**La equidad** apunta a la construcción, a partir de acciones concretas de un sistema de salud que disminuya efectivamente la brecha de equidad, en la situación de salud entre sectores sociales, áreas geográficas y comunas con mayor porcentaje de población indígena. Ello significa generar acciones en el ámbito de la mejoría de acceso, de la calidad, cobertura, y efectividad de atención de los pueblos indígenas, tales como:

1. Mejoramiento de la calidad de atención: trato al usuario, adecuación horaria y pertinencia cultural en la atención de salud que brindan los establecimientos.
2. Implementación de espacios con pertinencia cultural indígena de acogida e información al usuario en los establecimientos de la Red.
3. Incorporación y formalización del rol de facilitadores y asesores culturales en los establecimientos de la Red asistencial.
4. Incorporación de variable de pertenencia a pueblo indígena en registros de la

Red de Servicios.

**La interculturalidad**, supone las siguientes condiciones de integralidad en el concepto de salud/enfermedad, dialogo y colaboración entre sistemas médicos oficiales e indígenas, integrando los siguientes aspectos:

1. Desarrollo de experiencias de atención de salud intercultural o de salud complementaria entre sistemas médicos.
2. Desarrollar programas de capacitación continua con enfoque intercultural a funcionarios, directivos y de los establecimientos de la red asistencial.
3. Reconocimiento de los agentes de medicina indígena en los territorios.
4. Transversalidad del enfoque intercultural en los programas de salud.

**La Participación:** este modelo de atención debe ser construido desde la participación de la población y organizaciones indígenas, en todas las etapas de planificación en salud y enfermedad de las comunidades, es un requisito indispensable en el desarrollo del programa con el fin de:

1. Asegurar el funcionamiento regular de las instancias de participación regional y provincial.
2. Promover y asegurar la participación de las organizaciones indígenas en la identificación, ejecución y evaluación de acciones en problemas de salud priorizados.

#### **d) Financiamiento**

El programa se financia con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16 del Ministerio de Salud, glosa 02, letra c) “Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas” y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

De esta forma, los recursos asociados al programa financiarán actividades relacionadas al enfoque intercultural en salud. Estos recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas de acuerdo al siguiente esquema de cumplimiento:

- 1) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio a la fecha de total tramitación de los convenios celebrados, entre el respectivo Servicio de Salud y los establecimientos dependientes de este, para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos señalados en el convenio.
- 2) La según cuota, corresponde a un máximo de un 30% restante del total de recursos y estará sujeta a la evaluación de cumplimientos de metas. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

#### **e) Temáticas de financiamiento**

Los Servicios de Salud que ejecutan el Programa de Salud y Pueblos Indígenas son los responsables de programar, ejecutar y evaluar con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención el enfoque intercultural en salud.

Temas prioritarios a desarrollar:

- 1) Capacitación continua a directivos y funcionarios orientados a desarrollar y fortalecer la pertinencia cultural de las acciones de la Red en comunas de mayor concentración indígena (Norma General Administrativa N°16, Res. Exta. N°261/2006).
- 2) Inducción en salud intercultural a los profesionales del ciclo de destinación y a nuevos profesionales que se incorporan a la red asistencial.
- 3) Capacitación a funcionarios y directivos para la incorporación de la variable pertinencia a pueblos originarios en los REM y registros vitales.
- 4) Análisis de datos contenidos en Perfiles Epidemiológicos Básicos de la población indígena y desarrollo de acciones para la disminución de brechas de salud detectadas en el diagnóstico.
- 5) Los Servicios de Salud incorporan en su planificación estratégica la transversalización del enfoque intercultural en programas priorizados.
- 6) Las acciones desarrollada por el Programa debe estar en concordancia con el Plan Nacional de Salud de la década (2011 – 2020) Eje N°5.

- 7) Colaboración entre programas para la incorporación del enfoque intercultural en las Orientaciones Técnicas y desarrollo de acciones conjuntas.

### **III. Problema de investigación**

Las teorías de interculturalidad y pertinencia cultural están implementadas en diversas instituciones del Estado para proponer un sistema nacional, en este caso de salud, más equitativo e inclusivo, pero la implementación actual y efectiva de tal sistema todavía es un tema de gran debate, lleno de tensiones y contradicciones.

En gran parte de las sociedades occidentales, el sistema biomédico es dominante y hegemónico, imponiéndose como un sistema incuestionable de verdad. “El sistema biomédico ha tendido a subordinar al resto, deslegitimando las demás prácticas y constituyéndose en Modelos Médicos Hegemónicos” (Menéndez, 1994). No obstante, todas las culturas han desarrollado modelos o sistemas médicos de tratamiento para entender, enfrentar y solucionar las enfermedades que afectan un individuo o comunidad. Desde tiempos inmemoriales, los sanadores, machis, yatiris, componedores de huesos, rezadoras, parteras y yerbateros, entre otros especialistas, son quienes darán respuesta o soluciones a los fenómenos y malestares que aquejan el cuerpo y la mente. Desde una aproximación crítica al sistema biomédico, “ambas opciones médicas están en estrecha relación, ya sea de conflicto o de complementación” (Obach, 2004:120).

De esta forma, en el diálogo intercultural surgen tensiones fundamentales con respecto a los diálogos y saberes del conocimiento médico y su forma de comprender la dicotomía entre salud/enfermedad. La cosmovisión indígena comprende al mundo desde una mirada interrelacionada. La salud para el pueblo Mapuche, abarca no solamente los aspectos físicos (cuerpo y mente) sino que también otras dimensiones como la espiritualidad. Una posición donde el conocimiento vuelve a la barbarie, el primitivismo y la irracionalidad humana, alejado del método científico, conocedor de toda lógica y saber, un conocimiento atemporal.

Se manifiestan las tensiones en el abordaje intercultural y la pertenencia cultural, cuestionando la hegemonía médica y su posición frente a las formas de comprender la salud

y la enfermedad, tensionando la estructura dominante y los sistemas de verdades. “Para quienes ocupaban posiciones de poder resultó imprescindible imponer la superioridad biológica como un medio para ratificar su privilegio y dominio sobre “Otros” u “Otras” (Oyewümi. 2007: 39). “La interculturalidad (...) cuestiona la estructura dominante, pues busca su transformación y, a la vez, la construcción de estructuras, instituciones, relaciones, pero también modos y condiciones de pensar diferentes. Desde esta perspectiva, la interculturalidad no es algo dado o existente, sino un proyecto y proceso continuo por construir” (Walsh. 2005: 46).

La unidad de análisis es el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) que involucra: actores institucionales (referentes, mediadores, especialistas de la salud), pacientes indígenas y no indígenas (atendidos en los centros de salud), facilitadores y sanadores indígenas (que trabajan en el programa). De esta forma, comprender como el Estado implementa un programa de salud con enfoque intercultural en un contexto urbano. La experiencia de la implementación de un programa de salud con enfoque intercultural ha experimentado una tensión entre saberes o sistemas médicos, institucionales y organizaciones indígenas, implementación y recursos.

La investigación de carácter cualitativo busca capturar las tensiones en la implementación de un programa con enfoque intercultural y como los sistemas dialogan en una constante contradicción entre tradición y modernidad. Se integran los saberes o sistemas médicos en los procesos de construcción y legitimación de las prácticas materiales y simbólicas que abordan la salud y la enfermedad. Por lo mismo, el sistema de salud moderno (occidental) ha iniciado un proceso que permita comprender la concepción de salud indígena, incorporando en la etiología la asociación de múltiples factores espirituales, comunitarios y ambientales. De esta forma, han ido generando un “proceso social interactivo, de reconocimiento, respeto, horizontalidad, y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio determinado” (Minsal, 2006). Sin embargo, las “distintas aproximaciones a la comprensión de la realidad implicarán diferencias epistemológicas entre las sociedades” (Oyewümi. 2007: 37). La interculturalidad es un concepto en construcción. Por ahora adorna los programas con los enfoques no resueltos, generando escenarios contradictorios y tensionados.

### **3.1. Pregunta de Investigación:**

¿Cuáles son las tensiones para el desarrollo de un modelo de salud con enfoque intercultural en la experiencia de implementación del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) del Centro de Salud Mapuche Kvme Felen en la Comuna de Quinta Normal?

### **3.2. Objetivos:**

#### **Objetivo general**

Analizar las tensiones para el desarrollo de un modelo de salud con enfoque intercultural en la experiencia de implementación del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en el Centro de Salud Mapuche Kvme Felen en la Comuna de Quinta Normal.

#### **Objetivos específicos**

- Caracterizar el proceso de implementación del PESPI en el Centro de Salud Mapuche Kvme Felen
- Describir las experiencias de los actores (funcionarios e intermediarios, usuarios, especialistas y sanadores indígenas) involucrados en la implementación del PESPI en el Centro de Salud Mapuche Kvme Felen
- Identificar las tensiones en la implementación del sistema de medicina indígenas al sistema de salud biomédico en el Centro de Salud Mapuche Kvme Felen.

### **3.3. Justificación de la investigación**

La implementación del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) busca instalar un modelo de salud con enfoque intercultural, integrando los sistemas de conocimiento médico de los pueblos originarios en cada territorio con gran presencia indígena. Los programas institucionales con enfoque intercultural buscan desarrollar políticas de cooperación entre los Pueblos Indígenas, el Estado y sus instituciones, reconocer la diversidad cultural y superar la brecha de salud en los pueblos originarios.

Sin embargo, se pueden identificar claras tensiones en la implementación de estos programas que llevan desarrollándose desde la vuelta a la democracia. Las consecuencias de no reconocer las tensiones que dialogan en las políticas de enfoque intercultural, provocan una colonización de las acciones y una folclorización de las prácticas y saberes ancestrales,

construyendo un sujeto adecuado al sistema de mercado que adapta las lógicas hegemónicas a su cultura.

La investigación contribuye en la identificación de las tensiones en la implementación del programa y el enfoque intercultural en salud. El estudio del programa y la implementación de las políticas públicas con enfoque intercultural en salud, permite contribuir a mejorar el diseño de la política pública en distintos contextos, tanto urbano y como rurales. De esta forma, contribuir al dialogo entre sociedades pluriétnicas, aportando al reconocimiento cultural y el conocimiento medico tradicional indígena, ampliando las posibilidad para comprender la dicotomía salud/enfermedad y la complementariedad en los tratamientos médicos y los enfoques en la implementación de los modelos de salud intercultural.

### **3.4. Hipótesis**

- a) Hipótesis 1: Los programas y enfoques interculturales en salud son estrategias institucionales de colonialismo interno.
- b) Hipótesis 2: Los programas de salud con enfoque intercultural son expresiones de floclorización de la cultura indígena y forma de situar al sujeto al sistema de mercado.

## **IV. Marco teórico**

### **4.1. El paradigma de la interculturalidad**

La interculturalidad en salud es hoy reconocida como un tema importante por los organismos rectores en salud en América Latina y han operado fuertemente en los últimos 20 años donde la identidad, la participación y la interculturalidad predominan en distintas políticas públicas en relación a los pueblos originarios.

La interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud (Alarcón, A, Vidal, A, Neira, J. 2003).

La implementación actual de la Ley Indígena N° 19.253 ha tomado la forma en parte por un programa del Ministerio de Salud llamado el Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas (PESPI) que inició en el año 1996. Este programa busca la construcción de un modelo de salud con enfoque intercultural dentro de establecimientos de salud, la promoción de la coexistencia de sistema médicos, la participación de los pueblos originarios en la gestión de las acciones sanitarias orientadas a la población indígena, y sobre todo el mejoramiento de la calidad y pertinencia cultural en salud de manera equitativa (Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, 2010).

Dentro de este contexto político, surge el concepto de interculturalidad desde el Ministerio de Salud (2006) y que define la intercultural en salud de la siguiente manera:

- 1) Integralidad en el concepto de salud-enfermedad.
- 2) Sistema de salud incluyente, abierta, que reconoce, respeta y aplica. Concepciones y prácticas de salud de otras culturas.
- 3) Visión holística.
- 4) Oferta de servicios regulares, equitativos y con pertinencia cultural.
- 5) Personal de salud calificado y sensible a las necesidades de salud de la población.
- 6) La capacitación aborda sistemáticamente la diversidad y problemática local en materia de salud.
- 7) Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena.

El Ministerio de Salud reconoce la interculturalidad bajo tres dimensiones distintas:

a) Interculturalidad como movilización. Proceso de acercamiento donde el equipo de salud convoca a las comunidades, y moviliza recursos en la perspectiva de dar satisfacción a determinadas necesidades de salud. La comunidad no es promotora de esta iniciativa, sino que responde activamente a un llamado externo; b) Interculturalidad como gestión. Proceso en que representantes de la comunidad como facilitadores interculturales participan en la ejecución de acciones en salud (orientación dentro del hospital, conexión con la familia); c) Interculturalidad como reciprocidad. Proceso en donde la comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común. Requiere de una respuesta activa y responsable en la definición de problemas y prioridades, control de recursos, compromisos en las acciones y evaluación de las mismas (Sáez. 1999. En: Lerín. 2004: 117).

En definitiva, la institucionalidad entiende la interculturalidad en salud como una estrategia que reconoce, integra y potencia el conocimiento y prácticas médicas tradicionales entorno a los procesos de salud/enfermedad/atención, tanto de la medicina occidental y la medicina tradicional (indígena). “Desde la política ministerial en salud, el enfoque intercultural se propone situarse en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud, e intenta desarrollar el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias culturales de los pueblos y la complementariedad de sus conocimientos y sus recursos en salud” (Sáez. 2007: 163).

Los esfuerzos institucionales buscan contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los saberes y conocimiento médicos de los pueblos indígenas. De esta forma, el Estado reconoce la diversidad cultural con el encuentro entre dos formas de entender la salud-enfermedad-atención: la medicina occidental y la medicina indígena bajo el concepto de interculturalidad.

Para la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS), el concepto de interculturalidad en salud “involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa” (Lerín, 2004: 121). Los organismos internacionales promueven la interculturalidad buscando un reconocimiento

jurídico y una mayor relación de cooperación entre distintos grupos culturales, confrontar la discriminación, el racismo y la exclusión; formar ciudadanos conscientes de las diferencias, intentando construir una sociedad más justa, equitativa, igualitaria y plural.

El Ministerio de Salud y la OPS-OMS abogan por esta necesidad de reconocimiento y atención a la diferencia cultural en contexto pluriétnicos. Sin embargo, no reconocen la interculturalidad como un proceso, donde existen aspectos conflictivos, contradictorios y en permanente cambio, generando tensiones en la implementación producto de la dinámica culturales en los diversos territorios.

Desde los enfoques institucionales de salud intercultural, la tensión parece haber desaparecido. Sin embargo, los sistemas socioculturales están en procesos de constantes cambios, no constituyen objetos absolutos en el tiempo y espacio; los sistemas señalados existen y cambian en el marco de las sociedades y culturas respectivas, y en el marco de tipos de relaciones dados históricamente entre éstas (Vidal. 1995). Los autores con una postura crítica, identifican la tensión dialéctica entre integración y emancipación social, entre el Estado y la sociedad civil, y por último, entre el Estado-nación y lo que designamos como globalización (de Santos. 2010).

La interculturalidad en salud entonces se interpreta de distinta manera según la posición desde donde se mira. Por un lado, se comprende como una herramienta útil de cambio; por otro lado, es un campo donde se dirimen los conflictos; y por último, es un reconocimiento de dominio del conocimiento médico occidental antes los saberes y conocimientos tradicionales. “Un diálogo intercultural debe comenzar por la hipótesis de que las culturas siempre han sido interculturales, pero también con el entendimiento de que los intercambios e interpenetraciones siempre han sido muy desiguales e inherentemente hostiles” (de Santos. 2010: 81).

Por lo mismo, la implementación de sistemas interculturales en centros de salud, se ha encontrado con mucha crítica, donde Boccara plantea que tales sistemas crean nuevos patrones de poder donde “la salud intercultural representa una nueva ingeniería social que se inscribe dentro de un nuevo diagrama de saber/poder o de una gubernamentalidad de un nuevo tipo que tiende a producir nuevos sujetos étnicos colectivos e individuales a través de una doble dinámica de etnicización y de responsabilización” (Boccara. 2007: 186).

Desde una perspectiva crítica “la interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, tanto en la vida cotidiana como en las instituciones sociales, un con-vivir de respeto y legitimidad entre todos los grupos de la sociedad” (Walsh. 2009: 41). Desde una perspectiva crítica, el autor entiende la interculturalidad no de forma estática, como lo plantean los organismos instituciones, sino más bien, como un proceso y una actividad continúa en constante transformación.

#### **4.2. Salud, identidad y políticas públicas**

Desde la década del 90 las políticas neoliberales y los tratados internacionales han incentivado las políticas de salud intercultural generando numerosas estrategias, planes y programas, generando recursos para los programas y proyectos con enfoque intercultural en los países de América latina, incorporando en las políticas públicas el reconocimiento a los pueblos originarios en el ámbito de salud.

La interculturalidad en salud debe ser observada en el plano de los modelos y sistemas médicos. Todos los procesos de interacción social y cultural, donde existan diferencias en las concepciones de mundo y, a veces, antagónicas con respecto a las creencias y prácticas, existirán fricciones. El proceso de cambio cultural ha sido gradual y heterogéneo, desde “negaciones” y “aceptaciones” hasta, en algunos casos, reconocer “otros liderazgos” en salud. Lo primero ha sido intentar construir relaciones de confianza entre ambos sistemas médicos y modelos de salud. Para la salud oficial, significa cambiar desde un modelo biomédico a uno más integrador, con un enfoque psico-socio-cultural, espiritual y biológico, en el cual se debe reconocer que existen otros actores –los agentes de salud indígena– que también saben. La apuesta, en definitiva, ha sido construir con ellos un espacio de encuentro respetuoso y de colaboración” (Sáez. 2007: 166).

El gran objetivo es contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los conocimientos y prácticas tradicionales en salud de los pueblos indígenas. Para ello, se han desarrollado numerosas estrategias de sensibilización y capacitación del personal, orientadas al conocimiento de la cosmovisión, historia, saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios. Sin embargo, el modelo médico dominante sigue siendo occidental y aún es incipiente el proceso de cambio cultural.

Las políticas públicas de salud intercultural buscan generar grandes acciones que tratan de erradicar la gran brecha de la desigualdad existente en contextos plurétnicos, como es la creación de áreas de salud indígena en los distintos ministerios de salud en las regiones y comunas. Los propósitos de lograr una equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los usuarios en contextos indígena. Las políticas públicas, como un campo de investigación y continuidad de líneas temáticas, define la formulación política como una actividad sociocultural (regida por leyes) profundamente inmersas en los procesos cotidianos. Los programas instituciones son los medios por los cuales los funcionarios del Estado intentan gobernar (Shore. 2010)

Desde el Estado, la interculturalidad se ha planteado principalmente como una estrategia para responder a las demandas étnicas más que a la planeación sanitaria. Sin embargo, la participación de los destinatarios es indirecta o se produce sólo en algunas de las distintas fases de los proyectos y programas. Es por esto que Walsh (2009) plantea que la interculturalidad aún no existe. Se trata de un proceso por alcanzar por medio de nuevas políticas, prácticas, valores y acciones sociales concretas y conscientes que se pueden construir no en “abstracto” sino en medio de procesos formativos colectivos, en los que se relacionen miembros de culturas diversas así como sus maneras de ser y estar en el mundo.

La interculturalidad ya no es sólo una “transversal” introducida a regañadientes entre las políticas del Estado, muchas veces tomada como “moda” que folcloriza “lo indígena”. Es la piedra angular de un profundo proceso de cambio cultural en el que indígenas y no indígenas empezamos a ser capaces de construir una nueva relación desde nuestras “identidades”. La salud intercultural es como “un cubo mágico: imposible armar una cara sin afectar a los demás lados” (Sáez. 2007: 169)

Su proyecto no es simplemente reconocer, tolerar o incorporar lo diferente dentro de la matriz y estructuras establecidas. Por el contrario, “es implosionar –desde la diferencia– las estructuras coloniales del poder (incluyendo a aquéllas que intentan controlar el saber, el ser y las relaciones complejas en torno a la madre naturaleza), como reto, propuesta, proceso y proyecto; es re-conceptualizar y re-fundar estructuras sociales, epistémicas y de existencias, que ponen en escena y en relación equitativa lógicas, prácticas y modos culturales diversos

de pensar, actuar y vivir. Por eso, la interculturalidad no es un hecho dado sino algo en permanente camino y construcción” (Walsh. 2009: 43,44).

#### **4.3. Los modelos o sistemas médicos**

Las enfermedades han sido parte indisoluble de la vida misma. En todas las sociedades y culturas las enfermedades han generado alguna forma de respuesta a interpretar, controlar, prevenir y dar solución a las enfermedades que nos aquejan. Todos los grupos humanos han desarrollado modelos o sistemas con la finalidad de enfrentar las alteraciones del cuerpo.

Los modelos o sistemas médicos responden a un proceso social y cultural que se establece colectivamente. “Un necesario proceso de democratización de la salud apunta a la participación de los pacientes y/o usuarios, en tanto ciudadanos y sujetos de salud, en los procesos de reconocimiento, definición, intervención y superación de las distintas necesidad que puedan surgir en ámbito de la salud y en el proceso de redención de ésta” (Ríos. 2007: 6). El proceso de salud/enfermedad/atención constituye un sistema social que genera representaciones y prácticas, y que estructura un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos o estados de salud que afectan el bienestar físico o psicológicos (Menéndez. 1994).

Todos los sistemas médicos presentan axiomas o principios basados en el modelo epistemológico que sustenta la práctica médica y distinguen medios para validarse y legitimarse a sí mismos (Alarcón, Vidal y Neira. 2003). No obstante, la salud y la enfermedad no debe entenderse como un proceso institucional o técnico, sino como un “hecho social” donde los conjuntos sociales construyen acciones, técnicas e ideológicas, donde se organizan profesionalmente (Menéndez. 1994).

Las enfermedades constituyen hechos cotidianos y recurrentes, que afectan las personas o grupos sociales, amenazando la salud a un nivel real o imaginario, y es el área de la vida colectiva donde se generan las mayores representaciones simbólicas. Los procesos de salud-enfermedad-atención se han desarrollado dentro de un proceso histórico, caracterizados por las relaciones hegemónicas y subalternas que opera en una sociedad determinada.

“El sistema medico mapuche y el biomédico se presentan como excluyentes y en muchos casos antagónicos. Sin embargo, en la realidad ambos sistemas por supervivencia el mapuche más que el biomédico, han incorporado formas u aspectos del otro. La población recurre a ellos en forma simultánea y también alternada, generándose una situación de profunda interpelación y contacto, donde se dan relaciones contradictorias, de complementación y de conflicto” (Ríos. 2007: 8). El sistema medico mapuche desarrolla una sanación para reestablecer el equilibrio y la armonía entre lo espiritual, psicológico y medio ambiental en conjunto con los conocimientos ancestrales. En este sistema se entiende que el cuerpo esta interconectado con el espíritu. “Las medicinas representan, en términos simples y sintéticos, un modelo conceptual, de carácter cognitivo cultural, conformado por asunciones, discriminaciones, definiciones, y categorías que en relación de un ámbito determinado de realidad (Vidal. 1995: 2). En distintas sociedades, tradicionales o biomédicas, se construyen sistemas, explicaciones y acciones para enfrentar los desequilibrios del cuerpo y la mente. Los especialista médicos, curadores o sanadores son reconocidos institucionalmente y autorizados para atender determinados malestares que dañan la salud individual y colectiva.

El sistema medico mapuche se caracteriza por los siguientes agentes:

1) **Machi**, es uno de los agentes médicos más relevantes dentro de la sociedad mapuche ya que su rol no es solo curativa si no que principalmente guiar a su comunidad, tiene un rol sociopolítico, en torno a ella se desenvuelve la vida mágico-religiosa y del feyetun mapuche – espiritualidad. En definitiva es la representante del grupo social que trata con lo sobre natural para regular y equilibrar la vida de los individuos y la comunidad. Vive en directa relación con la naturaleza.

2) **Lawentuchefe**, posee la sabiduría de conocer las hierbas medicinales y poder ayudar a sanar a las personas.

3) **Ngutanchefe**, componedor de huesos, podríamos asemejarlo a un traumatólogo kinesiólogo.

4) **Pñeñelchefe**, la que ayuda a hacer nacer a los pichikeche –niños/niña-. A semeja a una matrona pero su rol es la de acompañar a la futura Ñuke –madre- y su familia antes de que nazca el niño/niña.

El kutran o enfermedad clasificadas mediante principios etiológicos y terapéuticos se organizan en dos grandes grupos:

1) **Wingka kutran**: son enfermedades que han sido introducidas mediante el contacto con el mundo occidental, por lo que su sanación debe estar mediada por el sistema medico oficial.

2) **Mapu kutran**: son enfermedades pertenecientes al mundo mapuche por lo que están bajo su dominio, tanto en su denominación en mapudungun, como en su causalidad y en su sanación.

Las enfermedades son típicas de este mundo o cosmovisión. A este tipo de kutran corresponden aquellas enfermedades provocadas por fenómenos o poderes del mundo mapuche, por ello las enfermedades deben tratarse con lawen (hierba medicinal) que son característicos y particulares, las causas de la enfermedad por cierto son entendidas como un desequilibrio de vida y deben ser tratados por especialistas:

- **Re kutran**: enfermedad causada por la naturaleza
- **Wenu kutran**: enfermedades sobrenaturales causadas por los espíritus
- **Weda kutran**: enfermedades causadas por influencias mágicas

En consecuencia, los modelos son determinantes de marcos de referencia, que orientan decisiones, valoraciones y acciones de los individuos en un sistema determinado. “Tienen el carácter institucional, es decir, instituyen una determinada manera de pensar e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre los enfermos” (Menéndez. 1994: 72). Los modelos médicos se objetivan como conjuntos organizados, institucionales, de recursos prácticos y procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del ámbito que el modelo cultural define como pertinente, constituyendo un sistema o modelo médico.

## **V. Marco metodológico**

En el contexto de la presente investigación se elaboró un diseño metodológico de carácter cualitativo con un enfoque fenomenológico y de tipo descriptivo. “En la investigación cualitativa el investigador es el lugar donde la información se convierte en significación (y en sentido)” (Delgado y Gutiérrez. 1995: 77). De esta forma, entender y comprender a los individuos dentro del marco de ellos mismo, su propia visión del mundo, los actores en su propia realidad, enfatizando la inducción analítica y la significación de sus acciones (Taylor y Bogdan, 1986. En: Rodríguez, G, et al. 1999).

Mediante la metodología cualitativa, dimensionamos a través de la observación empírica, la experiencia por medio del enfoque fenomenológico la implementación del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) del Centro de Salud Mapuche Kvmé Felen en la comuna de Quinta Normal.

A pesar de que la metodología y el método son usados como sinónimos dentro de un estudio hay grandes diferencias entre uno y el otro. Por un lado, la metodología es la estrategia de investigación o principio de razonamiento científico. Mientras que el método es una forma de hacer, donde convergen las técnicas de recopilación de información, posterior análisis y redacción de los datos recopilados (Sautu. 2004).

### **5.1. Condiciones en que se desarrolló la investigación:**

La dificultad sanitaria que experimentamos a nivel mundial, impacta la vida social y comunitaria, evidenciando e incrementando aún más las desigualdades sociales y económicas. La investigación social que se llevó a cabo, no queda al margen del contexto sanitario, adaptando sus condiciones al nuevo escenario.

La plataforma online permitió disminuir la distancia social por medio de la conexión virtual. Sin embargo, la inestabilidad de la conexión, obliga a mantener las cámaras apagadas. Esto es un obstáculo para la construcción del vínculo en la investigación social porque requiere de un ambiente de confianza, cara a cara. La entrevista sin rostro, carecen de los beneficios lingüísticos que se dan al vernos las cara mientras nos hablan, los silencios, el contexto, la entonación, y el significado de lo que comunica.

Dentro de las posibilidades de investigación, se aplicaron cuatro entrevistas presenciales y cuatro entrevistas de forma virtual. La ventaja de esta última, es la reducción de las distancias de interacción, esta modalidad nos acerca instantáneamente y podemos estar en cualquier parte de Chile o el mundo, la tecnología nos permite reducir las distancias generando un “instante metodológico”. Como reflexión metodológica tenemos que tener claro los límites de los instrumentos, las reales posibilidades de investigaciones y sus niveles de profundidad, pero también, sus fortalezas ante nuevos escenarios difíciles de controlar o predecir.

## **5.2. Enfoque**

El enfoque responde a una estrategia metodológica en contexto de pandemia y crisis sanitaria. Las dificultades que se plantearon, responden a una estrategia de acercamiento, recopilación de información documental, datos de participación, atención médica tradicional y entrevistas en profundidad. “La investigación fenomenológica es el pensar sobre la experiencia originaria (...) busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencias. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando” (Rodríguez, G, et al. 1999: 42).

La reflexión fenomenológica puede obtener distintas visiones, el investigador, los participantes y los agentes externos. De esta forma, obtener información de diferentes perspectivas y fuentes, incluso cuando son contradictorias. “El enfoque fenomenológico, desarrolla seis fases: 1) descripción del fenómeno, 2) búsqueda de múltiples perspectivas, 3) búsqueda de la esencia y la estructura, 4) constitución de la significación, 5) suspensión de enjuiciamiento, y 6) interpretación del fenómeno (Spiedelber. 1975. En: Rodríguez, G, et al. 1999: 43).

## **5.3. Tipo de estudio**

El estudio de tipo descriptivo tiene por unidad de análisis la experiencia del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígena (PESPI) que se implementa en la comuna de Quinta Normal y desde el 2015 con la conformación de la Casa de Salud Mapuche Kvmé Felen.

#### 5.4. Técnicas de producción de datos

La siguiente investigación de tipo descriptivo tiene por objetivo sistematizar experiencias ante un fenómeno con informantes claves. En la primera etapa de investigación corresponde a la revisión documental, recopilando y sistematizando información (histórica, administrativa y comunitaria) relevante para la investigación, y en la segunda etapa de investigación, permite profundizar en los objetivos del estudio, con la aplicación de la entrevista en profundidad, en los actores relevantes representados en la muestra.

**Cuadro N°1: Resumen técnica de recolección de datos**

<b>Técnicas de recolección</b>	<b>Información recolectada</b>
<b>Revisión documental</b>	Documentos históricos Documentos técnicos y administrativos Acciones comunitarias
<b>Entrevista en profundidad</b>	Se entrevistará a los principales actores del programa: sanadores indígenas, pacientes (indígenas y no indígenas), mediadores interculturales (funcionarios públicos del programa)

#### 5.5. Revisión documental

La primera etapa metodológica fue la investigación documental, consistió en la revisión de información secundaria que permite dar cuenta del fenómeno a través de los documentos que se han elaborado desde los orígenes de la casa de salud y la experiencia de salud intercultural hasta la fecha.

Se elaboró una clasificación de material gubernamental (archivos, programas, informes técnicos), comunitario (proyectos, manuales, tesis, planes maestros, puesta en valor, estudios socioculturales) y literatura científica de las ciencias sociales relevantes para el estudio.

## Cuadro N°2: Análisis documental

Análisis documental	
<b>Reconstrucción histórica</b>	Documentación institucional, programas de salud e implementación de modelos interculturales, experiencias comunitarias Centro de Salud Mapuche Kvme Felen
<b>Documentos administrativos, bases de datos y gestión</b>	Gestión y administración Centro de Salud Mapuche Kvme Felen, manuales metodológicos y teóricos.
<b>Elementos comunitarios y puesta en valor</b>	Puesta en valor comunitarias Centro de Salud Mapuche Kvme Felen

### 5.6. Entrevista en profundidad

La segunda etapa metodológica fue la entrevista, medio privilegiado de acceso a las representaciones y al sentido de las conductas sociales. La entrevista cualitativa privilegia la escucha comprensiva y la exploración de representaciones subjetivas. Para ello, se utilizó la entrevista en profundidad o “informal”. Esta técnica es una conversación entre el entrevistado y entrevistador y permite acceder al conocimiento, en un marco de interacción más directo, se caracteriza por ser abierta y flexible, a diferencia de la entrevista estructurada.

Los primeros contactos fueron las facilitadoras interculturales de la Casa de Salud quienes permitieron abrir una red de actores que participan directamente o indirectamente con el programa. Encargadas de la implementación del programa que forman parte de la institucionalidad como funcionarias, la Lawentuchefe de la Casa de Salud, especialista del área de la salud que participa del programa en talleres e implementa el enfoque en su unidad y finalmente pacientes (indígena y no indígena) atendidas desde la complementariedad médica.

### Cuadro N°3: Entrevistas

<b>Tabla de entrevistados</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Criterios de muestra</b>	<b>Posición del hablante</b>	<b>Impacto (reflexividad)</b>
<b>E.P</b>	Facilitadora intercultural	Comunidad/ institucionalidad	Experiencia comunitaria e institucional
<b>M.P</b>	Facilitadora intercultural	Comunidad/ Institucionalidad	Experiencia comunitaria e institucional
<b>G.T</b>	Lawentuchefe	Comunidad	Experiencia de la comunidad
<b>M.P</b>	Encargada de implementación	Institucionalidad	Experiencia desde la institucionalidad
<b>P.E</b>	Encargada de implementación	Institucionalidad	Experiencia desde la institucionalidad
<b>J.C</b>	Matrona	Institucionalidad	Experiencia comunitaria e institucional
<b>D.M</b>	Paciente indígena	Comunidad	Usuarios del programa
<b>P.A</b>	Paciente no indígena	Comunidad	Usuarios del programa

#### 5.7. Muestreo

A continuación se presenta una caracterización y la estrategia de muestreo que se utilizó durante la investigación.

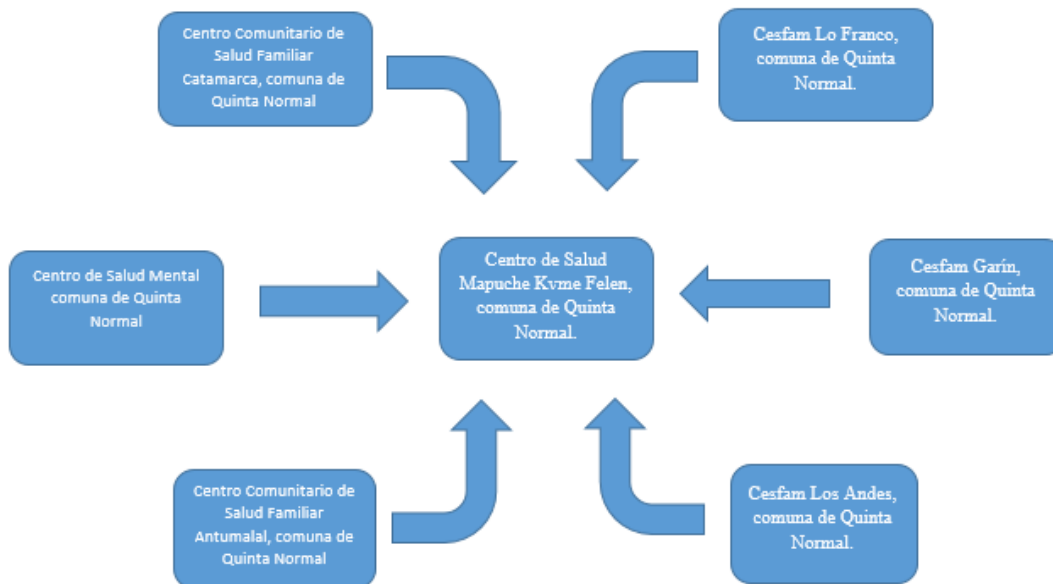
- 1) Dos (2) encargadas de la implementación del programa: son las que iniciaron la implementación del programa en la comuna, asumiendo en un primer y segundo período.
- 2) Dos (2) facilitadoras interculturales de la Casa de Salud: fue el primer contacto con la Casa de Salud y la implementación del programa, lo que permitió constituir redes en los ámbitos institucionales, especialistas del área de la salud, especialistas indígenas, y usuarios que son atendidos desde la complementariedad médica e intercultural.
- 3) Una (1) Lawentuchefe de la Casa de Salud: especialista indígena residente en la región de la Araucanía.

- 4) Una (1) especialista del área de la salud: este especialista de especialidad obstetra participa en los talleres interculturales con la finalidad de vincular la interculturalidad con su unidad médica llevando la transversabilidad de programas.
- 5) Dos (2) pacientes: actores atendidos en la complementariedad médica e intercultural

### 5.8. Características del caso de estudio

Se integró el caso del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en el Centro de Salud Mapuche Kyme Felen, constituyendo este el universo del estudio. La población se compone de los distintos actores que integran los Centro de Salud Familiar (CESFAM) del Servicio de Salud Occidente (SSO): Lo Franco, Garín y Los Andes, y los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): Catamarca y Antumalai y el Centro de Salud Mental (COSAM). Estos centros de salud integran el programa y derivando pacientes por medio de un referente técnico:

**Cuadro N°4 Casa de salud Mapuche Kyme Felen, Centro de Salud Familiar y Centros Comunitarios de Salud Familiar:**



*Ilustración 3Fuente: Diagrama Centros de Salud en relación a la Casa de Salud, 2021. Elaboración propia.*

## **5.9. Estrategia de muestreo**

Para la siguiente investigación, se utilizó el muestreo *no probabilístico* de cadena o “bola de nieve”. La estrategia permitió generar un criterio en la selección a medida que me relacionaba con el universo de estudio, combinado con un muestreo de oportunidad o “emergente”, aprovechando lo “inesperado” o lo que surgió durante el trabajo de investigación.

De esta forma, se inició un primer contacto con la facilitadora intercultural del Centro de Salud Mapuche, generando nuevos contactos de forma colaborativa para el desarrollo de la investigación. La estrategia de muestreo comprende toda la población, desde los sanadores y especialistas indígenas, pacientes y beneficiarios del programa (indígenas y no indígenas) y mediadores interculturales, funcionarios del centro de salud y especialistas del área de la salud que participan del programa.

## **5.10. Plan de análisis**

El carácter cualitativo de investigación social permite una recopilación de datos con cierta flexibilidad. La técnica de análisis cualitativo utiliza categorías para organizar, sintetizar y relacionar la información, centrada principalmente en el contenido.

De esta forma, se aplicó una codificación abierta y deductiva, en base al material documental, revistas, manuales, teórico, metodológico, histórico, datos de participación y atención y entrevistas en profundidad. Desde una gran meta-categoría como son las tensiones surgen los códigos que me permitieron analizar las entrevistas en profundidad: recursos económicos, atención médica, comunidad, sensibilización, actores, espacios de implementación, cultura, política.

**Cuadro N°5: Análisis de categorías**

<b>N°</b>	<b>Meta-categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Sub-código</b>	<b>Descripción</b>
01.	<b>Tensiones (en la implementación)</b>	<b>Recursos económicos</b>	<b>Financiamiento</b>	<b>Financiamiento del programa</b>
02.		<b>Atención medica</b>	<b>Sistema médico Occidental, Sistema médico tradicional, Mixta</b>	<b>Médico, psicólogo, enfermera, matrona, especialista del área de la salud, Machi, Lawentuchefe</b>
03.		<b>Comunidad</b>	<b>Pacientes indígenas y no indígenas</b>	<b>La comunidad atendida que forma parte del territorio</b>
04.		<b>Sensibilización</b>	<b>Talleres, docencia, actividades</b>	<b>Talleres, docencia y actividades asociadas a la cultura y cosmovisión</b>
05.		<b>Actores</b>	<b>Roles</b>	<b>Asesor técnico, mediador, facilitador</b>
06.		<b>Espacios de implementación</b>	<b>Espacio comunitarios, Espacio institucional</b>	<b>Casa de salud, Cefam, Cosam, Cecof</b>
07.		<b>Cultura</b>	<b>Enfoque de la política, poder, reconocimiento, descolonización</b>	<b>Formas de imposición cultural, Convenios internacionales y políticas de reconocimiento indígena</b>
08.		<b>Política</b>	<b>Territorio, municipalidad, institución de salud</b>	<b>derivación, formación profesionales, directrices de la política</b>

## **VI. Los programas de salud con enfoque intercultural**

### **6.1. Breve contexto histórico: el indígena en la ciudad**

En 1866, Cornelio Saavedra logra que el gobierno de José Joaquín Pérez declare todas las tierras del Sur del río Malleco como fiscales. “Esta ley<sup>2</sup> establecen que las tierras se dividieran en dos partes; una parte donde se radicará a las familias indígenas, y otra que se sacará a remate, para favorecer la inmigración. Allí se establece la formación de la Comisión Radicadora de Indígenas, la que entregará títulos de Merced a las familias indígenas” (Bengoa. 1990: 26), y comenzó a cambiar luego de la llamada Campaña de Pacificación de la Araucanía y de la entrega de mercedes de tierra en el sur de Chile, proceso que significó la pérdida de más de 95% del territorio que poseían los mapuche (Parican. 2014).

Este período de pérdida de la tierra y la identidad indígena se intensifica desde la década de 1930, una vez que termina el proceso de radicación y la constitución de los Títulos de Merced implementado por el Estado chileno, iniciando la división de las comunidades mapuche. La migración tuvo como destino la ocupación urbana marginal en la ciudad de Santiago (como también otras comunas del país), acompañado de una discriminación racial, étnica y económica. “El único camino es la salida de gente del campo -proletarización- y la concentración de la propiedad indígena en pocas manos” (Bengoa y Valenzuela. 1984: 74). Allí participaron en tomas de terreno que pasarían a conformar importantes núcleos habitacionales donde hasta hoy su presencia es considerable, como Peñalolén, Cerro Navia, La Pintana, El Bosque y Lo Prado (Campos. 2008).

Entre los años 60 y 70 en Chile, habían algunas organizaciones mapuches asentados en comunas periféricas, como la Sociedad Galvarino y algunos club de futbol mapuche. Las primeras organizaciones en torno a demandas étnicas fueron Centros Culturales Mapuches y organizaciones como: Admapu y Newen Mapu. De esta forma, se empezó a visibilizar la presencia indígena mapuche en la ciudad de Santiago y se desarrollaron las primeras manifestaciones religiosas y tradiciones. A mediados de los 80, ya se tiene evidencia de la celebración de los primeros ngüillatunes y torneos de palín promovido y organizado por los Consejos Mapuche que tenían en ese tiempo dos núcleos activos, un en Santiago Centro

---

<sup>2</sup> Artículo 5, Ley del 4 de diciembre de 1866

(Parque Quinta Normal) y el otro en Cerro Navia (Política Regional Indígena Urbana, 2017-2025).



Ilustración 4 Fuente: Lorenzo Colimán, Casa de Salud 2020. Elaboración propia.

De esta forma, la ciudad viene a ser un polo de atracción para el desarrollo económico individual y familiar, y a la vez ser parte de un proceso de homogeneización y desarrollo por parte del Estado chileno debido a las políticas de radicación de la comunidad familiar. No obstante, en este proceso, es donde se ha ido configurando al mapuche urbano o bien al mapuche de la ciudad, quien ha ido revalidando sus pautas culturales y distintos sistemas de salud para su “buen vivir”, reconstruyendo su identidad en un espacio no tradicional y adverso a la identidad y necesidad de la población mapuche. La rápida transición de la cultura Mapuche a un contexto urbano ha contribuido a nuevas

categorías de *kutran* (enfermedad) que son específicas a la modernización y que están siendo incorporadas en el sistema médico Mapuche (SSO. 2011).

El nuevo escenario urbano, trae consigo una carga histórica que viene siendo parte del proceso de urbanización del mundo indígena, los elementos culturales y tradicionales surgen en un contexto contradictorio pero significativo para la memoria y el reconocimiento. Los pueblos indígenas y en especial la población mapuche residente en la ciudad, se enfrenta a un sistema de salud homogenizado pero excluyente. En este nuevo escenario es donde se implementa el programa con la finalidad de reducir la brecha de salud de la población indígena residente en la ciudad. Debido a la larga historia de discriminación y colonización que han experimentado los pueblos originarios en Chile.

*Se inicia a través de reuniones en los Concejos Consultivos, mi persona y mi hermana, hemos trabajado desde (...) los 90 y tanto para arriba, trabajando en el área de salud con la comunidad. Desde*

*ahí surge esta petición de poder trabajar y traer a esta comuna (Quinta Normal) atenciones médicas mapuches (E.P. Casa de Salud).*

## **6.2. El servicio de salud y la implementación del programa**

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSO) está compuesto por Alhué, Cerro Navia, Curacaví, El Monte, Isla de Maipo, Lo Prado, María Pinto, Melipilla, Padre Hurtado, Peñaflor, Pudahuel, Renca, San Pedro, Talagante y Quinta Normal, entregando cobertura a las 15 comunas que lo componen. Sin embargo, solo cinco comunas cuentan con el programa, Cerro Navia, Lo Prado, Padre Hurtado, Pudahuel y Quinta Normal. El Servicio cuenta con una gran representatividad de población indígena mapuche en la región metropolitana y el funcionamiento es coordinado y monitoreado desde el Servicio de Salud y el Departamento de Participación Social del Ministerio de Salud.

El Estado por medio de las políticas públicas, desarrolla diversos programas en beneficio de la comunidad, mejorando la calidad de vida de sus habitantes y, en el ámbito de la interculturalidad en salud, el reconocimiento a la medicina tradicional indígena. En el año 2000, el Programa se inicia en el SSO implementándose de forma diferenciada en las cinco comunas donde se encuentra instalado el programa, caracterizado por su composición étnica y nivel de organización indígena. Su propósito es contribuir a recuperar las prácticas de medicina y reproducción del conocimiento indígena en salud, definir el aporte de la medicina indígena a la provisión de servicios y a la promoción de la salud, con el objetivo de avanzar en dotar de pertinencia cultural a nuestra oferta de salud y a la construcción de modelos interculturales y por tanto complementarios, entre el sistema de salud oficial y los sistemas de salud ancestral (Ríos. 2010). Resaltando la condición étnica de las comunas, el conocimiento médico y los niveles de organización indígena, es posible llevar a cabo el programa en los Centros de Salud, cumpliendo con normativas, leyes y tratados.

Los programas se desarrollan y encuentran elementos en común que permitan una transversabilidad, atrayendo recursos públicos y ampliando la participación en la política pública. La institucionalidad está más cerca de los contextos que interviene y permite tener un mayor conocimiento de la realidad comunal, se nutren y se desarrollan por medios de la participación ciudadana.

La coordinación con los CESFAM (Centro de Salud Familiar) se ha visto fortalecida con la designación de los *referentes técnicos* en cada uno de los centros en la comuna de Quinta Normal, incluyendo al COSAM (Centro de Salud Mental), con quienes se ha iniciado un trabajo específico con Salud Mental y los CECOSF (Centro Comunitario de Salud Familiar). Los referentes técnicos son funcionarios públicos que desarrollan labores de atención y servicio, ellos identifican la pertenencia indígena para la derivación y complementariedad médica. Los referentes son puentes que vinculan los servicios, entre la institucionalidad y la comunidad, circulan y dialogan por ambos universos. Su condición indígena o su estrecha relación con el mundo indígena, son de gran importancia para la validación de las acciones que se lleven a cabo.

El Programa de Salud Mental y el Programa de Depresión vinculado a Violencia Intrafamiliar, instalado en los Centros de Salud, visibilizó la condición étnica de un grupo clínico de “autoayuda” con pertinencia cultural mapuche. El Programa de Salud Mental, permitió el encuentro con la historia familiar, activo la memoria de las prácticas culturales olvidadas en el proceso migratorio, generando una insipiente organización mapuche en la comuna de Quinta Normal. El programa existió desde su origen como una política pública, este no se instala hasta que una comunidad u organización (con personalidad jurídica) lo implemente y lleve a cabo las acciones del Servicio de Salud y el enfoque intercultural.

De esta forma, el elemento participativo artículo una acción concreta, por medio de una organización con pertinencia indígena, activar el PESPI en la comuna. La transversabilidad activo recursos para instalar el programa en la comuna y la contratación de un equipo intercultural. La iniciativa comunitaria permite instalar la cosmovisión mapuche en las prácticas médicas.

*Lo más bonito del programa es que nace desde una comunidad (...) la salud en general es súper vertical y rígida, y al instalar el programa no les importa cómo, pero acá fue distinto porque fue una demanda comunitaria, una necesidad que ellos sentían de revindicar los derechos mapuches, el tema de la pertenencia sociocultural y de ahí hacer una salud un poco más colaborativa y significativa para esta población (P.E: COSAM)*

### 6.3. El programa en la comuna de Quinta Normal

Desde el año 2012, el PESPI inicia sus primeras acciones en la comuna de Quinta Normal, en conjunto con el referente técnico de la Dirección de Salud. Los actores encargados de llevar el programa forman parte de la institucionalidad, funcionarios públicos que articulan las acciones y lineamiento de la Dirección de Salud dentro de las dependencias institucional. Las acciones en la comunidad consisten de múltiples eventos y proyectos al año, y todas sus actividades están dirigidas a la práctica y el desarrollo de la medicina mapuche y de la salud comunitaria. Estas iniciativas estaban enfocadas a celebraciones festivas de los pueblos originarios, rogativas, Wuñol Tripantu vinculación con otros centros de salud y organizaciones indígenas del SSO.

No obstante, para activar, implementar y levantar recursos el *referente técnico* requiere de una asociación u organización indígena afiliada a la Mesa de Salud del SSO. Desde la solicitud comunitaria, el referente técnico hace un llamado a las asociaciones y población indígena de la comuna, para conformar una organización que pudiera llevar a cabo el programa en la comuna. Sin esta vinculación territorial las dificultades para la implementación se agudizan y pierde legitimidad. De esta forma, surge la organización mapuche Kvme Felen (El buen vivir) en la comuna de Quinta Normal.

*Elisabeth y María Antonieta, y mucha otra gente de la comuna estuvieron trabajando en los Concejos Consultivos y estaban solicitando medicina natural, se escucha del programa PESPI que se estaba ejecutando efectivamente aquí pero no estaba siendo llevado por nadie de los pueblos originarios. La gente del Concejo Consultivo decide hacer una organización mapuche de la comuna para que podamos llevar el programa PESPI y podamos tener atención de medicina ancestral y llevar el programa como se debe (M.D. Facilitadora).*

En el año 2015, Organización Mapuche Kvme Felen se constituye como una organización con personalidad jurídica y hasta el año 2018 se generaron diversas acciones, atención de pacientes, tratamientos médicos y actividades culturales y educativas dirigidas a funcionarios del área de la salud. Las atenciones por agente de salud indígena se otorgan

tanto a usuarios derivados desde los CESFAM, COSAM y CECOSF, cómo a usuarios particulares que solicitan horas de atención medicas atraídos por redes de contacto o información gráfica en los centros de salud, independiente de su pertenencia étnica.



Ilustración 5 Fuente: Mural Casa de Salud Mapuche Kvme Felen, 2020. Elaboración propia.

A medida que se instala el programa, se construyen los roles que juegan los actores involucrados. Primeramente, los *referentes técnicos* de la Dirección de Salud, funcionan como un puente entre la institucionalidad en salud y la comunidad indígena. Es uno de los responsables de la planificación, ejecución y presupuesto en conjunto con la organización, y también, para la transversabilización del enfoque intercultural con los equipos de salud.

*Dentro del programa está la figura del referente técnico, en todas las comunas que esta el programa existe esta figura, que como dice la palabra nosotros hacemos la parte técnica del programa, el asesoramiento técnico de las organizaciones y somos el vínculo entre la organización mapuche, indígena porque hay otros pueblos que participan, y el sistema de salud occidental se podría decir, en sí, una de las cosas que se ha trabajado en estos años desde el servicio ha sido justamente la definiciones de los roles (M.P. Referente técnico).*

Durante la implementación, los roles se construyen en conjunto con el referente técnico, el equipo que conforma la Organización Mapuche y el Servicio de Salud. Los únicos roles que se estipula en las bases técnicas del programa son los del *referente técnico* y el *facilitador intercultural*. No obstante, el *Asesor/a intercultural* es un rol que surge en la Casa de Salud Mapuche Kvme Felen, siendo un aliado estratégico para relacionar el programa con otras organizaciones indígenas. Es un actor con capital político y gran conocimiento sobre la cosmovisión, el sistema médico y la historia política mapuche. Este rol no aparece originariamente en las bases técnicas del programa y se constituye por una necesidad de vinculación territorial.

Por su parte, el *Facilitador/a intercultural* se relaciona directamente con la institucionalidad, la comunidad médica y los pacientes atendidos. Su función es orientar las necesidades de atención de los pacientes (indígenas y no indígenas) que son derivados o llegan de forma particular, como también, registrar y sistematizar los datos epidemiológicos de los pacientes atendidos.

*Dentro de la misma orientación uno puede ver que dentro de los equipos está la facilitadora, la asesora o agentes de salud, pero dentro de las orientaciones siempre apareció el rol de la facilitadora (...) la facilitadora tendría que tener un rol, más que mediador, ellas entrarías a tener (...) el programa siempre tiene que ir con una comunidad o con asesoramiento de personas indígenas pensando que ellos son los que tienen el conocimiento y que son los que deben trabajar en conjunto con los equipos para poder, con estos conocimientos, avanzar en la implementación del enfoque o interculturalidad que le llaman (M.P. Referente técnico).*

Los agentes de salud, se encuentran en un espacio institucional y otro comunitario, y cada uno tiene especialistas que tratan distintas enfermedades. El sistema médico tradicional cuenta con sus especialistas como la Machi, Lawentuchefe, Gütamchefe o la Püñeñelchefe encargados de atender las necesidades médicas de los pacientes, tanto indígenas como no indígenas, derivados o de forma particular. Por otro lado, el sistema médico occidental cuenta con los especialistas del área de la salud, médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, kinesiólogos etc., van formando parte del programa a medida que se encuentran en un espacio

de conocimiento y aprendizaje. La interculturalidad es un dialogo que se enriquece con la diferencia de entendimientos y conocimientos, en el área de la salud u otro ámbito relacionado.

#### **6.4. Educación y sensibilización**

Las primeras acciones de implementación del programa, están enfocadas en la sensibilización, genero instancias educativas y formativas a los funcionarios del área de la salud en los Centros de Salud. La importancia de acercar la cosmovisión del mundo mapuche a los funcionarios, permitió intervenir los espacios institucionales y hegemónicos del conocimiento médico, como también, los espacios comunitarios.

*Lo importante de la participación es que nosotros (...) [Generamos] talleres, dirigidos a los profesionales médicos de nuestra misma organizaciones en torno a la cosmovisión, el Sistema de Salud Mapuche para que ellos entiendan que cuando alguien [requiere de] medicina mapuche (...) o sea que dejen de ser ignorantes ante un sistema de salud que se puede complementar (G.T. Lawentuchefe).*

De esta forma, se instala la cultura mapuche y sus prácticas tradicionales en un contexto urbano, generando instancias educativas y visibilizando la cultura en los espacios de socialización comunal. Las instancias de participación fueron modalidades tipo taller práctico, se realizan en dos jornadas completas, donde se enseñaba principalmente de Historia Mapuche Siglo XIX y XX, Racismo e Interculturalidad, Cosmovisión, Mapudungun, Gastronomía, Telar.

*Las capacitaciones básicamente tenían que ver con el contexto histórico de nuestros pueblos originarios, tuvimos clases de todos, había clases de medicina mapuche, clases de alimentación, fue una profesora hacernos un paso práctico en la cocina de la casa de salud se hicieron preparaciones en base a la comida mapuche, pudimos hacer una pequeña convivencia para degustar, hubo otras sesiones donde se abordó brevemente el tema del lenguaje, yo lamentablemente a esa pude asistir a una sola porque tuve muchos*

*problemas para poder asistir, eran todos los viernes y la mañana completa (J. C. Matrona – Chile Crece).*

## **6.5. Derivaciones y atenciones medicas**

Desde el año 2014, se inicia una etapa de derivación y atención médica en los Centros de Salud. La Organización Mapuche Kvme Felen se posiciona, poco a poco, como una alternativa de atención complementaria de salud y tratamientos médicos con pertenencia indígena mapuche. El conocimiento médico tradicional se va adaptando a las necesidades de la población urbana, generando estrategias que permitan llevar un tratamiento médico complementario.

*(...) hablando con la Lawentuchefe empezamos hacer macerados [Plantas y Yervas]. Esto tiene una duración de tres años, andar con la botella de tres litros, para mí esto es más práctico, veinte o treinta gotitas en agua, y esto te alcanza para todo un mes, esa es la forma que nosotros empezamos a trabajar, naturalmente no todas las casas de salud trabajan de la misma forma, cada organización también toma sus propias decisiones, la organización también forma parte de las decisiones que se toma para hacer la atención (E.P. Casa de Salud).*

El conocimiento adquirido por medio de los talleres de cosmovisión, permitió que los especialistas del área de la salud de los Centros de Salud, cuenten con herramientas para identificar y comprender los aspectos culturales de la enfermedad en la población indígena mapuche atendida. De esta forma, los especialistas del área de la salud y los referentes técnicos identifican las necesidades de los pacientes atendidos y derivan las atenciones médicas, consultando al paciente para continuar con un tratamiento complementario.

*(...) cada consultorio tiene un referente encargado, a veces los médicos le enviaban al referente los pacientes, los referentes revisaban quien era de mayor urgencia y generaba una lista de orden quien va primero, quien va después, y todo eso, y enviaba esos pacientes. Mensualmente los consultorios tenían cuatro cupos para enviar al mes nuevos, para mandar, cuatro pacientes, si teníamos más cupos ellos tenía más pacientes, se les informaba que teníamos*

*cupos desocupados que si necesitan, podían derivar más pacientes (M.D. Facilitador).*

La Organización Mapuche Kvme Felen contaba con una Lawentuchefe que atendía una vez al mes, por cinco días de corrido, entre las 9:00 hasta las 16:30 horas en los Centros de Salud. La mayor derivación de paciente proviene del área de atención psicológica, quienes enviaban una ficha técnica del paciente con información general, principales medicamentos y tratamientos médicos. De esta forma, la Organización Mapuche podía complementar la información médica con el conocimiento de la Lawentuchefe para guiar el tratamiento.

*En una ficha diseñada por la casa de salud solicitamos que coloquen los nombres de los medicamento, como Elisabeth [Asesora intercultural] fue enfermera y la Lawentuchefe es paramédico se saben los medicamentos y saben lo que contiene, si hay una yerba y es contra indicativa con el medicamento, se le entrega otra alternativa o se le prepara un medicamento sin esa yerba para que pueda tomar, había conciencia también sobre eso, no era quitar el remedio de una, aquí se hacían tres atenciones como minina, antes de ver si se le da o no se le da el alta, se le entrega el informe al médico encargado, el medico revisa al paciente y se le va viendo si le tiene que reducir o no la cantidad de pastillas (M.D. Facilitadora).*

El sistema médicos propios de una cultura son producto del contexto histórico y social, y a la vez un catalizador intrínseco de la transformación cultural. Los sistemas médicos son formas distintas de entender la enfermedad, y en consecuencia, el tratamiento médico.

En la cultura Mapuche, la salud está ubicada dentro de un contexto amplio de múltiples elementos interconectados del *wall mapu* (universo), y está basado en el equilibrio continuo entre tales elementos. Cada *che* (persona) es parte de una red más grande de seres vivos que constituyen la vida colectiva del universo, y cada ser vivo tiene una función determinada. El concepto de *mapu* (espacio) es de gran importancia para la cosmovisión Mapuche, y siempre hay que mantener el respeto y equilibrio con los *newen* (fuerzas espirituales) que cumplen sus propios roles dentro de su propio espacio del *wall mapu*. (Muenzen. 2016)

Desde el conocimiento médico indígena, la salud se equilibra por medio del tratamiento médico que se revela por un conocimiento heredado o transmitido como un don. En la ciudad, la medicina tradicional se ha ido adaptando al mundo occidental, entregando tratamientos acorde al contexto cultural urbano, para así acercar la medicina tradicional a las personas (indígenas y no indígenas) alejas de las creencias, costumbres y tradiciones del mundo indígenas producto del proceso migratorio.

*Las otras Casas de Salud hacen sus entregas de remedios, tienes que llevar tu botella y ellos hacen un preparado, las yerbas, los cocinan en agua, te llenan la botella y te llevas tu remedio, nosotros acá hacemos macerados en alcohol, porque no van andar con una botella dos litros en la cartera si tienes que ir al trabajo ¿Cómo te vas a tomar el remedio? Entonces macerados en alcohol, te llevas tus gotitas, lo metes en la cartera, lo sacas, le echas unas gotitas a un vasito de agua, o te lo echas a la boca, y lo tomas. Hoy en día todo el mundo trabaja como te vas a tomar tus tres opciones de remedios dentro del lapsus de los días (M.D. Facilitadora).*

Por medio de una hora médica, el referente técnico o las facilitadoras coordinan la atención de pacientes, de forma presencial o telefónica. Estas últimas son las encargadas de gestionar y coordinar la atención médica, proporcionar lo necesario para la atención y el posterior tratamiento de la Lawentuchefe.

La Lawentuchefe es la encargada de atender a los pacientes (indígenas y no indígenas) que son derivados a la Organización Mapuche. Las principales atenciones médicas varían desde enfermedades espirituales (mapu kutran) hasta enfermedades occidentales (wingka kutran); tiroides, diabetes, infecciones, amigdalitis, infecciones renales, como también, depresión o esquizofrenia.

*(...) el psicólogo los catalogaba con esquizofrenia, pero era población mapuche con un kimun [espíritu], mapuches que tenía labores a realizar que no lo estaban realizando, cuando no los realizas las energías te empiezan a dañar, porque no estas realizando la labor que supuestamente tenías que hacer (...) eran enfermedades del pueblo mapuche y eso se tenía que ver con machis*

*y aquí la Lawentuchefe los ayudaba, les explicaba y los mandaba al sur a que se trataran con una Machi y después volvieran para ver cómo estaban (M.D. Facilitadora).*

Para la atención médica tradicional, el paciente entra a la sala de espera y confirma su presencia con una de las facilitadoras. Toma asiento en la sala de espera hasta el llamado de la Lawentuchefe. La atención médica tiene un tiempo de duración aproximado de 40 minutos, pero muchas veces ocupa más tiempo con usuarios según su nivel personal de necesidad. Por eso, el tiempo de espera a veces dura más que una hora, pero escasamente traspasa ese tiempo. Después de la visita, el usuario regresa a la sala de espera con la Lawentuchefe, ella consulta con la facilitadora quien refuerza el tratamiento a seguir, se despide al usuario, y Lawentuchefe regresa a la sala de atención para preparar el espacio de atención para el usuario siguiente. En la sala de espera, la facilitadora receta y explica el tratamiento que recetó la Lawentuchefe al usuario, y finalmente planean una hora de atención para el próximo mes. Todas las atenciones médicas son gratis, pero los usuarios necesitan pagar por los remedios (lawen), muchos de los cuales la Lawentuchefe trae del sur del país.

Las complejidades de la enfermedad son evaluadas por la Lawentuchefe que indaga en la vida íntima de los pacientes, analizando su historia personal, sucesos, malestares y síntomas que permitieran descifrar el desequilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu, males que ocasionan la enfermedad. Muchas veces durante el proceso de curación, ella absorbe parte de la “mala energía” del usuario y necesita tomar descansos entre visitas para limpiar su propio “espíritu”. El ambiente y territorio en que vive un *che* hace sentido a la persona, y el *che* afecta en torno a su propio entorno social, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico (Muenzen. 2016).

De esta forma, en un espacio íntimo y confesionario se desarrolla la atención médica tradicional, donde dos pacientes nos relatan la siguiente experiencia:

*Me puso unas yerbas, me dijo que cerrara los ojos, y yo me sentí como que me había elevado, sentí que estaba en el aire, después que me hizo todas esas cosas, me dijo que ella había hablado con los ancestros, y me dijo “a mí me dijeron que tú estabas muy enferma, muy enferma, así que te voy a dar unas gotas, esta para la parte emocional, este es para el dolor de huesos, y para el equilibrio”. Me dio tres gotitas de sus árboles sagrados, y me dijo “abra la boca y este es mi secreto, lo sé yo no más, ahora trágalo”, no sé qué sería pero me hizo sentir mejor (...) yo me empecé a tomar las gotitas y me empecé a sentir mejor, porque me daban crisis de pánico, me daba miedo, sentía que nadie me iba ayudar que iba a ver un hoyo y la tierra me iba a tragar, y mi guagua la miraba, es mi guagua o no es mi guagua, estaba (...) por el infarto que me dio. Con esas gotitas me empecé a sentir mejor, después ella me volvió a ver como estaba y me dio otras gotas más y me dio el alta, estuve como tres meses más o menos. Me daba las gotas para un mes. (D.M. Paciente indígena).*



Ilustración 6 Fuente: Espacio de atención médica tradicional, 2020. Elaboración propia.

*Me lleno una ficha y me iba a sacar una hora, y de aquí las chicas me llamaron, las facilitadoras y me llamaron que tenía una hora, espere mi turno, entre con la Lawentuchefe, a una la acuestan en la camilla, cierra los ojos y pone una música que te relaja, y ahí empieza con su ceremonia que hace. Una música mapuche de relajamiento y sentía cuando ella movida sus ramitas, yo le llamo conjuro, pero tiene otro nombre y como que tu sientes una paz, se libera, los males se salen, es como indescriptible lo que uno siente, pero es como una paz, en tres sesiones logro sacarme varias cosas. Aparte yo no sabía pero a mí me tenían “cargada”, después ella me dijo, como nadie pregunta yo no les digo, pero hay personas (...) le costó sacarme eso sí (P. A. Paciente no indígena).*

A pesar de las dificultades entre los sistemas médicos, el contexto territorial y los tratamientos complementarios, la atención médica tradicional se fue posicionando a nivel comunal generando una lista de espera y saturación por la atención médica complementaria. Inicialmente se compartían los espacios institucionales para la realización de talleres y prácticas curativas. Sin embargo, la necesidad de constituir un espacio propio fue

inicialmente el desafío de la organización para instalar las prácticas médicas mapuches en un contexto urbano e institucional.

De esta forma, la medicina mapuche se posiciona como una propuesta de atención médica complementaria a los tratamientos médicos occidentales, generando una alta demanda por la comunidad atendida, incluyendo a los profesionales del área de la salud. La gran participación de la comunidad en las prácticas culturales y el aumento de la lista de espera médica de atención complementaria, exigió la necesidad de constituir un lugar independiente de los Centro de Salud, un espacio de atención exclusivo para la medicina tradicional mapuche en la comuna de Quinta Normal.

#### **6.6. Casa de Salud Mapuche Kvme Felen**

La Casa de Salud surge posterior a la conformación de la Organización Mapuche Kvme Felen, como una iniciativa comunitaria debido a la gran demanda por atención médica complementaria y la necesidad de constituir un espacio, para ejercer la salud y el conocimiento médico mapuche, fuera de las dependencias institucionales como se llevaba hasta el 2014 en la comuna de Quinta Normal.

La inauguración de la Casa de Salud Mapuche Kvme Felen constituye un gran paso para la organización, consolidando un espacio propio para llevar la implementación de la salud con pertinencia cultural. Salir de las dependencias institucionales no es una arbitrariedad, la importancia del espacio o lugar de sanación, tiene relación con las fuerzas que rigen el cosmos desde el entendimiento médico tradicional indígena.



*Ilustración 7 Fuente: Celebración Wiñol Tripantu "Año Nuevo Mapuche. Francisca Contreras Salazar, 2018.*

El espacio de la Casa de Salud consiste de dos edificios, ubicados en territorio que antes pertenecía a una escuela de arte y ahora es propiedad municipal. El primero edificio contiene una oficina y sala de espera adjuntada, y el segundo contiene una cocina y área comunal, una sala para talleres, una sala para preparación de *lawen* (hierbas medicinales) y áreas verdes. Al cruzar un gran portón verde desde la calle Catamarca el lugar se diferencia del ruido de la urbanidad, el viento mueve las hojas de los árboles, y el mural pintado retrata la entrada al mundo espiritual.

*Había un lugar, era una escuela antigua, la escuela Catamarca, una escuela municipal, después del terremoto se facilitó para un liceo experimental artístico, y ese liceo empezó a utilizar ese espacio, y se instaló el CECOSF Catamarca, que es un equipo territorial del CESFAM Lo Franco (P.E. COSAM).*

Antes de la instalación de la Casa de Salud, todo el lugar se encontraba en un evidente deterioro por el tiempo. No obstante, la Organización mapuche Kvme Felen inicio un proceso de recuperación de los espacios y las prácticas tradicionales de la cultura mapuche. La naturaleza presente permite el cultivo de distintas plantas y hierbas medicinales, las que posteriormente son cosechadas para convertirse en un insumo para la elaboración de *lawen*.

*Le pasaron un par de oficinas, y ella [asesora cultural] empezó a apropiarse de los espacios, planto, arreglo, planto una araucaria, un canelo, al lado de un laurel, y empezó a utilizar el espacio y hacer los Wiñol Tripantu, y convocar a toda la comunidad y los Centros de Salud municipales y no municipales, empezamos hacer un trabajo con las escuela, con los jardines infantiles y empezó a crecer más, luego empezó la idea de ir avanzando en poder poner la medicina mapuche, no teníamos una machi, y la machi de otros centros tampoco podía asistir con nosotros, y se contrató una Lawentuchefe (P.E. COSAM).*



Ilustración 8 Fuente: Oficina Casa de Salud Mapuche Kvme Felen, 2020. Elaboración propia.



Ilustración 9 Macerados plantas medicinales y gotitas para el consumo, 2020. Elaboración propia.

La naturaleza, en el conocimiento médico mapuche, tiene un rol central en las formas de comprender las enfermedades. Las enfermedades son causadas por el desequilibrio en algún parte del entorno de la persona (*che*), y el malestar se manifiesta como un ente vivo dentro del cuerpo y tiene su propio origen y su propia energía. La vida, según la cosmovisión Mapuche, es múltiple en vidas y energía que existen en el *wall mapu*, siempre están oscilando

entre el equilibrio y el desequilibrio, y el sistema de medicina Mapuche es una reflexión del proyecto continuo de mantener y restablecer el equilibrio (Muenzen. 2016).

La cultura mapuche concibe la plenitud de su mundo en términos de un organismo vivo. La cosmovisión mapuche entiende el mundo como un espacio donde todos los seres y las cosas poseen vida propia, las personas, las flores las plantas, los ríos, los cerros, la lluvia, el cielo, el mar, la tierra, el universo, las estrellas. Un círculo que se abre y se cierra en torno a la vida, concebida como un don y un regalo para disfrutar, este don dará sentido para mantener una vida armoniosa en un dialogo permanente de intercambios y reciprocidades con las personas, la naturaleza y todos los seres vivos.



*Ilustración 10 Fuente: La importancia de la naturaleza en la medicina tradicional, Casa de Salud Mapuche Kvme Fele, 2020. Elaboración propia.*

La Casa de Salud Mapuche Kvme Felen se ha posicionado como un espacio de significación cultural, conectado con la naturaleza, la tierra y la comunidad. El espacio se ha ido estableciendo como un lugar de presencia de la cultura Mapuche, atendiendo a los pacientes con la privacidad necesaria; acto ritual, confesionario, de encuentro y recuperación

cultural. El espacio se posicionó como una alternativa de salud, con atención de pacientes indígenas y no indígenas en la comuna de Quinta Normal.



*Ilustración 11 Fuente: Casa de Salud Mapuche Kvme Felen, 2020. Elaboración propia.*

El equipo de la Casa de Salud, está conformado por una Asesora, (coordinación, planificación y ejecución de proyectos y trabajos de la casa de salud además de interactuar con las otras casas de salud de la zona occidente y trabajar en conjunto con el servicio, dos facilitadoras (encargada de comunicación, información y coordinación con los consultorios y pacientes, prestar asistencia y ayuda en atenciones de Lawentuchefe, mantención de la casa de salud, sensibilización a pacientes profesionales de la salud, digitalización, catastro y registro de pacientes atendidos) y Agente de Salud Ancestral Lawentuchefe.

ATENCIÓNES POR AGENTE MEDICINA INDÍGENA	TOTAL	PUEBLOS ORIGINARIOS	PUEBLOS NO ORIGINARIOS
2018	535	63	472
2017	463	63	400
2016	383	42	341
2015	341	94	247

Fuente: Base de datos Casa de Salud Mapuche Kvme Felen.

Entre las acciones que realizan la Asesora y Facilitadoras se encuentran: envasado y envasado de lawen, mantenimiento de la casa de salud (limpieza, poda, pintura, etc), atención y orientación a usuario, recepción e inscripción en fichas para la atención con Lawentuchefe, colaboración en la atención de Agente de salud, entrega de lawen, digitalización de fichas y estadística de atenciones a usuarios, reunión mensual grupo de trabajo de la casa de salud mapuche y con referente técnico comunal.



Ilustración 12 Fuente: Elaboración de macerados plantas y yerbas medicinales, 2020. Elaboración propia.

### 6.7. La transversabilidad en los programas: acciones y prácticas de implementación

La atención médica tradicional mapuche es el eje central de la Casa de Salud. No obstante, se desarrollan otras acciones llevadas desde la transversabilidad de la política pública y el trabajo intersectorial que demanda el Servicio de Salud.

*(...) nuestra referente que es marcela ella nos incorporó a capacitaciones docentes hasta el año pasado tuvimos una*

*capacitación bien completa con todo el tema de interculturalidad, se alcanzaron a hacer dos años, y yo participe el año pasado, terminas un poco convulsionado justo con el tema del estallido social pero logramos terminarlo, con un poco de dificultades, y lamentablemente este año con todo la pandemia está suspendido todo lo que son capacitaciones presenciales (...) a mí me invitaron en el contexto de ser la encargada de Chile Crece del CESFAM, entonces invitaban a encargados de programas, referente de los jardines infantiles, profesores y educadoras de párvulo (J.C. Matrona – Chile Crece).*

La ejecución del proyecto de “Buenas Prácticas” en conjunto con los tres CESFAM y las Comisiones Mixtas Salud Educación (COMSES) de la comuna de Quinta Normal, permitió abordar una nueva área para aportar a la interculturalidad desde los primeros años en la educación pre básica.

*(...) entonces nosotros propusimos incorporar el enfoque intercultural en los talleres de gestantes del Chile Crece Contigo, talleres de gestantes y talleres de niños, los talleres de crianza y todo eso, eso fue nuestro proyecto, estábamos de acuerdo, le habíamos avisado a Eli que partíamos en marzo, y vino marzo y hasta ahí no más llegamos, y el covid dijo otra cosa, así que esperamos implementarlo cuando pase esto de la pandemia (J.C. Matrona – Chile Crece).*

La crisis social (2019) y sanitaria (2020, 2021) en Chile, afectó la implementación de las acciones comunitarias que se llevaban a cabo. Se cancelaron todas las actividades y atenciones médicas programadas hasta la fecha. Talleres, atenciones médicas y actividades asociadas a la cultura mapuche y las acciones de transversabilidad de la política pública y el trabajo intersectorial. No obstante, desde el trabajo intersectorial se concretaron las siguientes acciones:

### **1) Proyecto de Buenas Prácticas:**

El proyecto de buenas prácticas Promoción del Buen Vivir, o Küme Mogen por medio del reconocimiento de los Pueblos originarios en Jardines Infantiles pertenecientes a las

comisiones mixtas de los 3 CESFAM de Quinta Normal, permito dar continuidad al trabajo realizado en conjunto con CESFAM y la Unidad de Salud y Pueblos indígenas del SSO.

Para la elaboración y ejecución del proyecto, se generaron diversas reuniones con todos los involucrados (Equipo Casa de salud, Unidad de Salud y Pueblos Indígenas, Referente técnico comunal, encargadas COSAM, CESFAM, encargada Jardines Corporación de Desarrollo), contemplando las siguientes acciones:

- Capacitación a educadoras: Cosmovisión, Sistema de salud Mapuche y Mapudungun (Realizado durante los meses de junio y agosto)
- Encuentro con Equipo Casa de salud Cerro Navia para compartir experiencias
- Taller para párvulos, con pintura de mural en Casa de Salud
- Taller de hierbas medicinales
- Participación en wüñoy Tripantu
- Visita a Ruka Padre Hurtado

## **2) Taller y mural párvulos:**

La importancia que tiene la experiencia en el aprendizaje, llevó a plantear una actividad en el espacio de la Casa de salud Mapuche Kvme Felen, para párvulos de los Jardines infantiles participantes del proyecto. Los niños acudieron junto a sus educadoras. Realizaron pintura de mural, mini taller de pintura en papel, compartieron alimentos tradicionales mapuches, se les enseñó palabras en lengua Mapuzungun, entre otras enseñanzas propias de la cultura mapuche.

## **3) Visita Casa de Salud Cerro Navia:**

Con la finalidad de compartir experiencias en el trabajo que planteaba el proyecto de Buenas Prácticas, y a los antecedentes de la comunidad mapuche de Cerro Navia en la ejecución de un proyecto similar en años anteriores, se realizaron visita junto a educadoras participantes del proceso de capacitación, Equipo Casa de salud Mapuche Kvme felen e integrantes de la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas del SSO. En dicha oportunidad, ambos equipos expusieron sus experiencias, y se compartieron impresiones sobre el tema.

#### **4) Capacitación Educadoras:**

Durante el mes de junio y agosto del 2018 se realizaron capacitaciones en Cosmovisión, Sistema de salud Mapuche y Mapudungun. La formación de las Educadoras es un elemento central para la incorporación de los saberes indígenas en el aula. La cultura, es un factor protector desde la mirada de los determinantes sociales de la salud, por lo que facilitar el acceso de estos conocimientos a los párvulos y sus familias, es un aporte a su desarrollo y bienestar.

Entre los temas tratados se encuentran:

- Historia Mapuche Siglo XIX y XX
- Racismo e interculturalidad.
- Cosmovisión
- Mapudungun
- Procesos pedagógicos para la enseñanza del mapudungun a niños y niñas
- Elaboración de Materiales Didácticos para el Aula
- Sistema de Salud Mapuche
- Trafkintu [intercambio de semillas]
- Taller de cocina tradicional mapuche
- Taller de hierbas medicinales
- 2 jornadas de PALIN

#### **5) Visita Ruka Padre Hurtado:**

Se realizó una visita a la Ruka de la comunidad de Padre Hurtado, instancia donde las educadoras pudieron conocer un espacio que asimila la vida cotidiana de las comunidades en la ciudad. Finalmente, las participantes presentaron en sus stands, distintas temáticas abordadas en curso de formación: Lawen, Trafkintu, Misawün, Lafken, Pehuen Mapu, Mapu, Wenumapu, Pewma, Epew, Aukantvn.

**ESCUELA KVME FELEN**

**Gastronomía Mapuche**  
**Telar**  
**Pintura**  
**Cosmovisión**  
**Mapuzungun**  
**e Historia Mapuche**

Inicio de Cursos el 06 de Mayo  
 Horario 10:00 a 16:30  
 Para 6 años en adelante  
 Con exposición como termino de los Talleres

**CATAMARCA 2232, QUINTA NORMAL**  
 MAPUCE LAWENTUWVN RUKA KVME FELEN/CASA DE SALUD MAPUCHE KVME FELEN

Ilustración 14 Casa de Salud Mapuche Kvme Felen. Talleres y cursos de formación.

INVITACIÓN A CELEBRAR  
 EL WIÑOL XIPANTV (AÑO NUEVO) EN  
 CASA DE SALUD ANCESTRAL MAPUCHE KVME FELEN

**LUNES 20 de JUNIO**  
**A LAS 10:00 am**

CASA DE SALUD MAPUCHE  
**KVME FELEN**  
**CATAMARCA #2232**  
 Quinta Normal

Ilustración 13 Wiñol Xipantv, Casa de Salud Mapuche Kvme Felen. Actividades y celebraciones.

## **VII. Tensiones en la implementación del modelo de salud con enfoque intercultural.**

La trayectoria de implementación del PESPI en la comuna de Quinta Normal, generó una tensión en la integración de los conocimientos médicos indígenas o tradicionales al sistema de salud occidental o moderno. La tensión surge como un referente empírico de esta lucha histórica entre el Estado y la población indígena, en un largo proceso de dominio, migración y discriminación.

La interculturalidad se pone en tensión dialógica, al problematizar el reconocimiento y la integración institucional. Se manifiestan las tensiones en el abordaje, cuestionando la hegemonía médica y la estructura dominante de salud institucional, frente a las formas de comprender la dicotomía salud/enfermedad.

La tensión en implementación, reconoce la diversidad del otro pero se desarrolla en una constante lucha de reconocimiento, el conflicto se juega en escenarios institucionales y comunitarios. Sin tensión no existiría el reconocimiento del otro, por lo mismo, para que surja el objeto es necesario tensionar las relaciones históricas de reconocimiento. La integración de los sistemas o modelos médicos en los espacios institucionales de salud pública, claramente genera dificultades, conflictos y tensiones en la implementación, y se materializan en aspecto económico, político, cultural e institucional que se describen a continuación:

### **7.1. Economía**

El PESPI se financia con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, con el propósito de garantizar la implementación de las acciones asociadas a las temáticas de financiamiento descritas en las bases técnicas. Los recursos llegan directamente del Ministerio a los Servicio de Salud y a la Corporación de Desarrollo de Municipalidad de Quinta Normal.

Las temáticas de financiamiento son estrategias, planes y actividades que incorporen el enfoque intercultural en salud, entre las que destacan: Capacitación continua a directivos y funcionarios, inducción en salud intercultural, análisis de datos y contenidos de perfiles epidemiológicos básicos de la población indígena, planificación estratégica de la

transversalización del enfoque intercultural y colaboración entre programas para la incorporación del enfoque.

No obstante, entre las principales estrategias desarrolladas por las Organizaciones, se encuentra la atención de *Agentes de Salud Indígenas*, lo que representa un importante espacio de sanación y alternativa complementaria de salud, como también, aportando a la descongestión de los servicios de salud de la comuna. Sin embargo, los recursos para el funcionamiento de la Casa de Salud Mapuche son escasos porque el concepto “Casa de Salud” no se encuentra dentro de los lineamientos y financiamiento del programa.

*Las primeras peleas que teníamos nosotros con el servicio de salud es que las orientaciones técnicas llegan y siguen llegando consulta directamente del ministerio sin consulta, llegan directamente, entonces al final (...) tú dices, nos ponen la pata encima y nos dicen esto es lo que ustedes tienen que hacer pero nosotros siempre buscamos el resquicio, instalando Casas de Salud que no están dentro de las orientaciones técnicas, les metimos la casa de salud y les metimos la atención de Salud de Agentes Médicos del pueblos mapuche en este caso, se los metimos nosotros. Dentro de las orientaciones técnicas no aparece, no existe. (G.T. Lawentuchefe).*

La primera tensión en la implementación se ve reflejada en la lógica del financiamiento y la distribución de los recursos, sin considerar las relaciones comunitarias y los espacios ceremoniales y rituales, independientes de los Centros de Salud y su infraestructura pública. El Servicio de Salud no considera la atención médica fuera de las dependencias institucionales, dejando sin financiamiento la concepción de la Casa de Salud. Por lo mismo, la remuneración salarial, no se reconoce como un servicio de atención de pacientes, y los recursos se adaptan para legitimar el financiamiento de la atención médica complementaria.

A pesar de las dificultades económicas, la Organización Mapuche Kvme Fele consiguió los recursos para ir constituyendo la Casa de Salud. Recursos provenientes de los Servicios de Salud, la Corporación Municipal y la autogestión comunitaria. Estos recursos

permitieron mejorar las instalaciones, pagar honorarios y cubrir gastos de movilidad e insumos para la fabricación del lawen.

## 7.2. Política

A medida que la Casa de Salud se posicionaba como un referente de salud en la comuna, la decisión presupuestaria era asumida desde el Municipio por medio de una evaluación anual que permita comprender la importancia de inversión en el desarrollo comunitario. Sin embargo, la estrategia de financiamiento debió terminar en marzo de 2019, la administración de finanza de la Corporación de Desarrollo de Municipalidad de Quinta Normal, realizó ajuste al marco presupuestario en varios programas, entre ellos los que se encontraba el PESPI, lo que significó no continuar contando con el aporte económico local que cubría el gasto de honorario del Equipo de la Casa de Salud Kvme Felen.

*La corporación el año pasado nos quitó la ayuda, se vino todo abajo, no se pudo traer a la Lawentuchefe (...) solamente se le cobraba el remedio a la gente que se venía atender. El remedio no sale de ningún lado, el alcohol, tienes que comprar alcohol, el gotario, frascos, las etiquetas, cobrábamos una módica suma para poder tener todo este tipo de cosas (...) nosotros no tenemos ninguna otra fuente por eso se paró todo (E.P. Casa de Salud).*

Una decisión que determina las posibilidades de continuidad y la atención complementaria en medicina tradicional. Las tensiones en lo político surgen de las tensiones económicas. La complementariedad médica y la propuesta indígena de atención médica tradicional, es cuestionada por la Corporación de Desarrollo Municipal, impactando en el presupuesto asignado para la implementación de la política en el ámbito de la interculturalidad en salud.

*Nosotros podríamos haber mantenido un trabajo muy lindo, pero el financiamiento, por sí solo no es [suficientes], hay un municipio que financia, hay un municipio que cree en algo, ahí no me quiero meter, te la dejo ahí (...)* (P.E. COSAM).

La Casa de Salud Kvme Fele, es una de las últimas en implementar el programa y la complementariedad en medicina tradicional indígena en el SSO, en comparación con las otras

comunas que llevan más años impulsando la medicina tradicional y las Casas de Salud. El trabajo de las Organizaciones Indígenas ha consolidado una comunidad organizada que busca posicionar la cosmovisión mapuche en los Centros de Salud. Una forma de descolonizar la medicina. Esto ha generado una alta demanda en atención complementaria, lo que necesariamente, requiere de un aumento del presupuesto para la implementación. Sin embargo, la reducción presupuestaria, el retraso en los recursos o los desvíos de los fondos han generado desconfianza y conflicto latente entre las Organizaciones, el Municipio y el Estado.

Entre el Estado y la Comunidad, se encuentra el Municipio, un actor relevante para la implementación del programa, no solo administrar los recursos del Servicio de Salud, sino que también, es un agente político influyente. Sin embargo, las políticas locales no siempre están sincronizadas con las políticas nacionales, y las prioridades presupuestarias son enfocadas en otras necesidades territoriales. El reconocimiento no es visto como una política local, que permita acceder a mayores recursos, a pesar del impacto de la implementación y el universo atendido.

*(...) el financiamiento municipal entiendo que sirvió para pagar un poco los sueldos de alguno de ellos y nada más, y el resto, el arreglo del lugar, el inmobiliario, los computadores, fue autogestión de ellos, son parte de las críticas que yo comparto con Elisabeth tiene relación con que no se generó una política local. En otras comunas hay oficina de interculturalidad, nosotros no la tuvimos, por lo tanto al no ser como una política local queda como una acción, que ya venía con el financiamiento del servicio, y con ese financiamiento se tenía que quedar, pero si te das cuenta con las listas de espera hay una demanda de la comunidad y eso significa que tú no puedes seguir funcionando con esos recuerdos, que tú tienes que ampliar tus recursos y tienes que ampliar los recursos a nivel local, desde el municipio que son nuestros sostenedores (P.E. COSAM).*

El no reconocimiento de una política local entorno a la interculturalidad, debilita el acceso a recursos y claramente afecta el funcionamiento de la Casa de Salud. La escasez de

recursos provoca dificultades en la implementación y la atención médica tradicional, y también, genera conflictos al interior de las organizaciones indígenas. La gran fortaleza de los pueblos originarios son las acciones comunitarias que realizan. No obstante, la división política-territorial debilita a las comunidades y divide a las Organizaciones en la búsqueda de recursos para el funcionamiento de las Casas de Salud.

*(...) pasa con las políticas públicas cuando hay financiamiento, que el fin último se pierde y empiezan a mirar más el financiamiento, en el yo me llevo esto, tú acabas de llegar, por lo tanto no deberías tener más plata, y una experiencia bastante compleja que se daban en el interior (...) pero estas agrupaciones mapuches se pelean entre ellos, a las comunas nuevas como la nuestra, ellos dicen no hay que darles más recursos porque ustedes son nuevos, y lo que nosotros queremos es instalar o reinstalar, o recuperar, los espacios perdidos (P.E. COSAM).*

El escaso financiamiento del Servicio de Salud y la poca capacidad de los Municipios para facilitar recursos, provoca conflictos entre las Organizaciones que compone el SSO. Las Organizaciones antiguas, es decir, las organizaciones que llevan implementando el programa con más tiempo que otras, se enfrentan con las organizaciones que han implementado tempranamente las acciones.

La necesidad de los recursos económicos para la implementación y funcionamiento de las Casas de Salud, ha dividido a las comunidades indígenas urbanas, en una lucha política entre las organizaciones por el control total del financiamiento, expresado en un celoso acaparamiento de los recursos y desprestigio personal en la colectividad indígena. Las Organizaciones Indígenas se enfrentan en una lógica de competitividad por adquirir recursos para la continuidad en la implementación de una medicina tradicional indígena.

### **7.3. Cultura**

A medida que el programa se implementa en la comuna de Quinta Normal, se levantan una serie de iniciativas relacionadas a la cosmovisión mapuche, ceremonias, rituales, rogativas, van formando parte del conocimiento de los funcionarios del área de la salud y la comunidad en particular. Posicionar el conocimiento médico tradicional, como una

alternativa complementaria de salud, es uno de los grandes desafíos de las comunidades indígenas urbanas.

*Cuando te vas metiendo en esto y la cosmovisión mapuche (...) con el mismo tema de la esquizofrenia por ejemplo (...) la visión de la esquizofrenia que podría ser un “llamamiento” y para nosotros es una enfermedad mental, para nosotros es como darle medicamentos, para ellos es un “llamamiento” y prepararlos para ser Machi u otro ente como de salud, esos casos prácticamente no se derivaban” (P.E: COSAM).*

El entendimiento del mundo se ve enfrentando en una situación de desequilibrio físico, social, espiritual que se pone a prueba en espacios de poder. No obstante, estos espacios de sensibilización se tensionan entorno a los conocimientos médicos hegemónico, donde la formación profesional y la forma de comprender la enfermedad, se contradice con los sistemas médicos tradicionales.

El médico y la machi, como autoridades en sus respectivos territorios, traen consigo una carga cultural que tensiona esta relación, aceptando o negando las posibilidades de la complementariedad médica, en un espacio institucionalizado como el centro de salud o el hospital.

*Llegar a nosotros era un poco más complejo de como poder conjugar lo que podría hacer el Centro y lo que podemos hacer nosotros [Casa de Salud], y la confianza de los médicos también, más que el equipo psicosocial, es que los médicos psiquiatras confiaran en lo que estaba haciendo la medicina mapuche, la gineta y los títulos profesionales que da la universidad (P.E. COSAM).*

Desde las primeras acciones de implementación, las atenciones en salud tradicional indígena, se realizaban en los Centros de Salud, compartiendo espacio de atención médica, los sanadores como autoridades indígenas en salud, se ven enfrentados a un espacio cultural que no es propio y su relación con la naturaleza. Un espacio contradictorio para la medicina indígena que entiende la enfermedad desde su relación con la naturaleza y su comunidad.

*Allá [en el sur] también se está tergiversando desde el hospital que se levantó, llegaron a trabajar 15, 17 machis, y después muchas se*

*enfermaron, te empezaron a meter en los box y cada energía de las machi es diferente, fluían las energías y pasaban cosas extrañas, muchas veces me fui a trabajar en el lugar de Giovanna y pasaban cosas, yo mejor no voy atender más acá y voy a tener mi propio espacio para tener mis energías (E.P. Casa de Salud).*

Por su parte, el sistema de médico occidental (o biomedicina) entiende a la enfermedad desde el cuerpo, sin relacionar –mayormente- los otros componentes que la medicina indígena relaciona entorno a la enfermedad (naturaleza, sociedad y espíritu).

El médico atiende en un espacio que es propio, y diagnostica la alteración por medio del síntoma, verificando por medio de instrumentos la condición, causando de la enfermedad. La relación con los pacientes es cara a cara, pero limita el tiempo de atención por la necesidad de continuar con una agenda médica completa, saturada por un sobrecupo. La relación social que se construye es meramente instrumental y deshumanizada. No obstante, existen médicos o especialista que tienen un trato más humano, y buscan comprender la enfermedad desde diversos factores que alteran al organismo. La medicina se abre a nuevas concepciones pero aun es resistida.

*Un neurólogo en el Felix Bulnes, me atendió un neurólogo ahí, yo andaba mal, si me esposo me llevaba, no podía caminar, parecía que andaba en el aire, no podía andar derecha porque se me movía todo, no sabía para dónde ir, se me movía todo, no tenía estabilidad, me hicieron exámenes de la vista, del oído, todo normal, por esa cosas vino el infarto, se me abrió por aquí la arteria, el neurólogo que me estaba atendiendo me daba relajantes muscular, me mando a sacar un escáner para verme el cerebro, me dijo que eso ya había cicatrizado, que no me asuste, pero doctor siento la cabeza me pesa, y el doctor era bien light [relajado] me dice “te pesa no más” (...) no me gusto el doctor porque yo le estoy diciendo lo que me pasa y él me dice “te pesa no más”, si me siento así es porque algo me pasa (D.M. Paciente indígena).*

Las dificultades en la derivación para un tratamiento complementario son generadas por la desconfianza de las prácticas médicas tradicionales, contradiciendo el método

científico y la razón, como también, la incompatibilidad en los tratamientos médicos, producto de las diferencias culturales y sus tratamientos.

Desde la concepción indígena, la salud se pierde cuando existe una transgresión o desequilibrio entre alguno de los tres elementos (individual, comunitario y medio ambiental). La preservación del equilibrio entre la salud y la enfermedad tiene un profundo sentido comunitario, a través de las rogativas, ceremonias y rituales dialogan las fuerzas que luchan para posicionarse en lo terrenal y lo espiritual. El sistema medico tradicional se relaciona con el paciente en un espacio íntimo y confesionario. Para comprender el malestar se indagan en la vida del paciente, la trayectoria familiar, experiencia cotidiana, relación con la naturaleza y el medio que lo rodea, una conexión total con el cosmos.

Las tensiones a nivel cultural se manifiestan en la implementación como una resistencia entorno a los conocimientos médicos. El sanador como el médico buscan el mismo objetivo (erradicar el agente negativo) pero con medios diferentes. Por lo mismo, las prácticas médicas tradicionales son vista como acciones folclorizadas que no tienen mayor efectividad en el tratamiento y no importa el lugar donde se realicen. Sabemos que la relación con la naturaleza y los espíritus no son algo antojadizos, responde a un sistema de creencias, costumbres y tradiciones que definen y explican el mundo desde el mundo mapuche.

#### **7.4. Institucional**

Desde su origen, la implementación del programa se llevaba en las dependencias institucionales de salud. Todas las acciones estaban bajo la dirección de salud y las organizaciones indígenas se adaptaban a los protocolos sanitarios. Inicialmente, esta lógica de salud, se encuentra sujeta a las lógicas médicas hegemónicas, contradiciendo el entendimiento médico tradicional siguiendo las pautas modernas de salud.

*Claro, imagínate, hospital intercultural de Nueva Imperial, al alero del hospital winka quien el que manda es el director del hospital winka, director del hospital intercultural, las murallas son todas de concreto, no hay tierra, es más hasta la ruca tiene cerámica, tiene un fogón al medio pero está rodeado de cerámica, atienden en box, y con esta huevada de la pandemia el disfraz de la machi con mascarilla, con el gorrito con el vestido plástico, para mí es un chiste*

*verla así vestida y para poder estar trabajando ahí y ganar un sueldo asumen eso, y asumen que todas las semanas le estén sacando sangre para saber si tienen covid, corten la po (...) como no te dai a respetar. (G.T. Lawentuchefe).*

En la institucionalidad, los funcionarios públicos en los Centros de Salud se rigen por estatutos, subiendo de jerarquías en el organismo público del Estado y, en consecuencia, mejorando sus remuneraciones o salarios. Esta característica permite que los funcionarios se capaciten constantemente en diversas áreas profesionales o enfoques para su aplicación. Por medio cursos, talleres y capacitaciones permiten que el funcionario se perfeccione en diversas temáticas.

*La capacitación comunal, nosotros nos regimos por los estatutos de atención primaria, para poder subir la carga funcionaria tú tienes que tener puntaje por capacitación y por (...) por lo tanto se arman capacitaciones para todos los funcionarios, que son externos y locales (...) se les hace una prueba con nota, así se reconoce, y eso hace que ellos puedan subir de categoría también, por lo tanto esta todo vinculado (P.E. COSAM).*

De esta forma, los funcionarios del servicio de salud, puede mejorar su calidad profesional para la atención médica, implementando enfoques o modelos con pertenencia cultural en salud pública, suben de categoría en la estructura jerárquica e incrementar sus ingresos en el organismo del Estado.

El factor económico es un incentivo para el funcionario público que construye una carrera profesional en el servicio de salud, como también, adquirir conocimiento y preparación para comprender los nuevos contextos urbanos y reflexionar sobre los desafíos de una sociedad globalizada y multicultural.

*(...) el 50% de la población lo ve más bien para subir de categoría, por lo tanto igual hay una motivación del curso (...) Existe una suerte de obligatoriedad de realizarlo, no es amenazante para nada, porque tiene que ver con el quehacer diario, hay que poner ciertos temas para que uno pueda desarrollar bien las funciones (M.P. Referente técnico).*

Sin embargo, esta misma fortaleza es una dificultad que tensiona el encuentro interculturalidad. La obligatoriedad del enfoque intercultural en salud no es de interés para todos los profesionales del servicio. Esto se refleja en el compromiso que asumen los profesionales con la Organización indígena. Lo que conlleva a cuestionar la real intención de implementar enfoques interculturales en el servicio de salud.

*(...) de cierta forma les subía el sueldo (...) capacitar entorno a salud intercultural, todos los años les va subiendo el grado, y al subir va ganando mejor sueldo (...) es un beneficio. Ellos van por eso, no van porque tengan un compromiso mayor con respecto al tema, al final los que iban, mayoritariamente es que no había compromiso (G.T. Lawentuchefe).*

La competitividad profesional de la carrera funcionaria genera una dura competencia entre los profesionales del área de la salud y los profesionales indígenas que trabajan en el servicio. La población indígena urbana que trabaja directamente en el servicio público se encuentra tensionado entre un escenario institucional (laboral) y otro comunitario (indígena). Algunos logran ocupar cargos de poder en la institucionalidad, tensionando conflictos en las organizaciones indígenas.

*(...) Jimena Pichinao, la encargada del Servicio de Salud, nosotros la llevamos para que nos ayudara a nosotros y terminó haciéndole la pega al servicio (...) la Jimena en vez de ser una apoyo para las organizaciones ha sido una piedra para las organizaciones (...) Porque ella cuida su pega y gana plata, ella se awinko, aunque sea muy de comunidad y su marido sea un Lonco, esta awinkada no más, aquí el awinkamiento pasa para todos lados, queramos o no queramos todos los mapuches estamos awinkados (G.T. Lawentuchefe).*

## VIII. Conclusiones

Los tratados y leyes reconocen a los pueblos originarios de cada territorio, poseedoras de un conocimiento sobre el cuerpo, la mente y el espíritu, de gran valor para el desarrollo en materias de salud. El Estado y las instituciones han llevado un proceso de reconocimiento cultural generando iniciativas de rescate, conservación y puesta en valor por medio de distintos programas institucionales. Por medio de una política pública, se desarrollan los programas que intervienen e impactan, positiva o negativamente, un universo de personas.

De esta forma, el Programa Especial de Salud y Pueblos Originarios (PESPI) es una herramienta del Estado que pone en interacción la diversidad de entendimientos y tratamientos de sistemas o modelos médicos en espacios institucionales de salud pública. Las culturas se encuentran en un dialogo de conocimientos, tratamientos y formas de comprender la salud y la enfermedad, con la finalidad de erradicar el agente negativo que altera el bienestar humano. Con la finalidad de reducir la brecha en salud de las comunidades indígenas urbanas o rurales, y acercar el conocimiento medico tradicional a la comunidad para una atención en salud complementaria.

En la comuna de Quinta Normal, la población indígena, mayoritariamente mapuche, se desplazó del territorio ancestral de la comunidad, producto de un período histórico de despojo, violencia, discriminación y racismo. La intervención del Estado y la oligarquía terrateniente inicio un proceso de “pacificación” violenta por la consolidación del territorio indígena que dura hasta el día de hoy. La población indígena mapuche buscaba mayores oportunidades económicas, educaciones y familiares. Sin embargo, el cambio territorial provoca un cambio cultural, desarraigado de la memoria histórica y familiar. En el ámbito de la salud desaparecen las Machis, Lawentuchefe, Ngutanchefe, Peñeñelchefe y aparecen los médicos, enfermeras, kinesiólogos, matronas. Una forma de salud que fue siendo integrada, poco a poco, por las familias indígenas y sus nuevas generaciones.

En la ciudad, todas culturas están en un proceso de transformación que está catalizado por las interacciones e intercambios diarios. Recuperando un espacio perdido en el proceso migratorio. Como parte nueva de la red de organizaciones indígenas, la Organización Mapuche Kvme Felen introduce un nuevo esfuerzo de trabajo comunitario y proyectos de

colaboración y capacitación dentro de la comunidad indígena en la ciudad y en los Centros de Salud del Servicio de Salud Occidente.

El PESPI se ve tensionado antes este cambios epistémico y comunitario de atención en salud tradicional indígena, en un contexto urbano y hospitalario (en sus respectivos casos). La tensión permite que surja el reconocimiento y del reconocimiento surge la tensión. El reconocimiento se materializa en la frontera del tratamiento médico, generando una colonización de los saberes bajo los parámetros institucionales. Los límites de la medicina tradicional es el cuerpo, mientras que los límites de la medicina occidental es el espíritu. Un mundo distinto de creencias, conocimientos, costumbres y prácticas médicas. La comunidad indígena cuando logran posicionar un discurso y demostrar pertenencia territorial en el ámbito de la intervención médica, sus prácticas se “folclorizan” con acciones de reconocimiento pero no de autonomía.

La existencia humana es primordialmente una cuestión de reconocimiento, y solo a través del reconocimiento mutuo somos conscientes de nosotros, luchamos por los significados sociales en nuestras vidas reflejadas en los otros. Solo al vernos a nosotros mismos, en relación con otros seres humanos en la sociedad, podemos determinar nuestro sentido de dignidad y establecer nuestro lugar en el mundo. Sin embargo, sin la autonomía y autodeterminación, el enfoque intercultural en salud es una representación estática de la cultura, colonizada y floclorizada.

La tensión en la experiencia de implementación del programa se observa desde cuatro ámbitos: económico, político, cultural e institucional:

La *tensión económica* es una de las principales dificultades en la implementación del programa en la comuna. La organización que imparte el conocimiento medico tradicional, carecen de fondos necesarios para responder a la demanda de la población por las atenciones con la Lawentuchefe.

Los sistemas médicos en un contexto urbano, sin los recursos necesarios, dificulta de gran medida la atención médica tradicional indígena. En un contexto rural, los sanadores o especialistas tradicionales no cobran por los servicios de atención, más bien, reciben una compensación (reciproca) a cambio de la atención o servicio que restablece la salud del

paciente. No dedican tiempo completo a la labor porque es un don, heredado o transmitido, que permite equilibrar las fuerzas espirituales, no es de exclusividad el intercambio monetario por un servicio o atención médica. Lo consideran una labor social que equilibra las fuerzas de la naturaleza.

No obstante, en un contexto urbano de atención médica, los recursos para el funcionamiento son fundamentales. Los especialistas dedican gran parte de su tiempo en la atención médica, profesionalizando una práctica tradicional, al igual que el sistema medico institucional. Intenta copiar el sistema de atención sin los recursos que permiten su funcionamiento. Los límites técnicos del programa y burocráticos del Estado, retrasan e impiden la llegada de recursos, que adapto el sistema medico tradicional a lo lógica institucional de salud, cayendo en su burocracia técnica de no reconocimiento.

*La tensión política* en la implementación del programa en un contexto urbano, surge principalmente por la necesidad de recursos que permitan el funcionamiento de las Casas de Salud. El desvío de los recursos en otras necesidades territoriales pone en tensión las relaciones comunitarias. Las organizaciones se enfrentan por la necesidad de recursos, y el municipio, aprovecha la oportunidad de potenciar otras acciones que le entregue mayor créditos políticos.

Las organizaciones indígenas tienen una gran influencia y movilizan otras organizaciones a nivel territorial. Los conflictos entre la Organización y el Municipio disminuyeron considerablemente los aportes de este último. Dificultando la mantención de la Casa de Salud que cuenta con el apoyo de los Centros de Salud, no así del Municipio. Esta división territorial hace que la organización salga a buscar recursos en nivel ministerial, enfrentándose con otras organizaciones que buscan lo mismo. Los recursos son siempre escasos, pero se manejan políticamente.

Todos los recursos y acciones llevadas hasta la fecha, se suspendieron demostrando que la implementación no es prioridad y ante cualquier dificultad social, política, sanitaria se puede acceder a estos recursos. Lo que demuestra que las prácticas son folclorizadas y los tratamientos no tienen continuidad en el tiempo, suspendidos en cualquier momento. La gente sigue visitando y buscando atención complementaria, buscando instancias

comunitarias debido a que la interculturalidad no es entendida como un espacio comunitario sino como un servicio.

La *tensión cultural* se inicia con el proceso migratorio, donde resaltan las diferencias culturales, y en el ámbito de la salud, las formas de entender la relación entre salud y enfermedad. Los herederos de este proceso migratorio, han vivido despojada de las raíces culturales y ha adaptado la vida urbana, olvidando sus tradiciones, saberes y conocimientos.

Los contextos culturales donde se inserta el programa, se implementa de la misma forma que en el sur o en el norte. Olvidando la diversidad cultural que caracteriza a los territorios. La comunidad se adapta a las bases técnicas de implementación, no así las bases técnicas, al contexto comunitario.

La tensión es producto a la resistencia epistemológica de la medicina. En el sistema médico occidental el medio es una autoridad. Como la machi en el sur, el médico tiene poder. El hospital es su espacio donde ejerce su conocimiento. El saber médico es absoluto solo cuestionado por otro especialista clínico. El sanador o la Lawentuchefe tienen escasas posibilidades de un tratamiento efectivo, y solo erradica parte del origen de la enfermedad. La enfermedad aún permanece por causa de factores ambientales o sistemáticos en la vida urbana. El sanador en un contexto médico occidental solo puede generar tratamientos “paliativos” y en un tiempo fijo o determinado.

La *tensión institucional* se ve reflejada en el reconocimiento institucional, que tiene un límite en la implementación del conocimiento médico tradicional, con respecto a los protocolos sanitarios. Desde la institucionalidad, se rigen los sistemas médicos adaptando sus pautas a los protocolos establecidos desde el servicio de salud. La rigurosidad del sistema no permite instalar nuevos entendimientos, y en consecuencia, nuevas formas de entender la enfermedad y sus tratamientos.

No obstante, desde la tensión institucional se observa una estructura profesional jerárquica y competitiva. La implementación del programa permite que los profesionales cursen talleres y realicen actividades de formación en el ámbito de la interculturalidad en salud, mejorando su grado en el servicio público e incrementando sus salarios. Esta característica del sistema se observa como una fortaleza para el profesional, pero una

debilidad que tensiona las relaciones interculturales. La competitividad profesional, no solo se observa en la formación y capacitación profesional, sino que también, se ve reflejada en las comunidades indígenas que trabajan para el Estado. Estos son duramente cuestionados por su servicio institucional que beneficia al Estado por sobre las comunidades y privilegia su condición de funcionario público. La tensión institucional se relaciona estrechamente con la tensión política, apoyando organizaciones y espacios de salud, que beneficie a ciertos actores institucionales por sobre otros.

Las tensiones hablan de un proceso histórico de reconocimiento donde se entregan espacios, se reducen otros, y se negocian nuevo escenarios dentro de un contexto institucional. Las tensiones –en la práctica- evidencian el colonialismo interno en la acción y la folclorización de las prácticas tradicionales indígenas. Se reducen los recursos, se desvían los fondos, se descontinúan los tratamientos, hay resistencias en las derivaciones médicas, hay conflictos entre organizaciones por los recursos, se descontextualizan los espacios rituales y ceremoniales, y la implementación de una medicina con enfoque intercultural queda como un tratado que hay que cumplir por una obligación institucional.

Por lo anterior, un estudio de la política pública y sus programas es útil en sentido que aborda preguntas presentes de nuestro tiempo. El reconocimiento cultural o reconocimiento a la diversidad son temas abordados en la actualidad, debido a la transformación de la sociedad y los Estados modernos, lo nuevos métodos y las relaciones de poder. Los efectos de la política pública, las relaciones que construyen y los sistemas de pensamiento donde están inmersos se abren como nuevos campos de investigación para la antropología.

## **IX. Bibliografía**

- 1) Alarcón, A, Vidal, A, Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile; 131: 1061-1065.
- 2) BCN (2008). Ley 19.937 | Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, Con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Ministerio de Salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=221629>
- 3) BCN (2012). Ley 20.584 | Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculada a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaria de Salud Pública. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- 4) Boccara, G. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. Volumen 39, N°2, 2007. Páginas 185-207 Chungara, Revista de Antropología Chilena.
- 5) Bolados, P. (2014). Las prácticas médicas andinas atacameñas: cruces de cosmovisiones historias. En: Perfiles epidemiológico básico de la población indígena y no indígena residente en el área de cobertura del Servicio de Salud de Antofagasta. Serie de análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile N°11.
- 6) Bolados, P. Las prácticas curativas atacameñas en Chile: entre el reconocimiento y la criminalización. Salud y enfermedad en América Latina desde la perspectiva intercultural – Coord. Francisco Miguel GilGarcía. 2011. <http://nuevomundo.revues.org/61368>
- 7) Bourdieu, Pierre, J. C. Chamboredon, y Jean Claude Passeron. (2002). El oficio de sociólogo: presupuestos epistemológicos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- 8) Campos, L. (2008), Relaciones Interétnicas en pueblos originarios de México y Chile, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago.
- 9) Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas, Revista de la escuela de psicología, Facultad de filosofía y educación, Universidad Católica de Valparaíso, II, 53 - 82.

- 10) Contreras Painemal, C. (2011): Los Tratados celebrados por los mapuches con la Corona Española, la República de Chile y la República de Argentina. Tesis Doctoral, Freien Universität Berlín. Alemania.
- 11) Contreras Salazar, F. (2018, 29 junio). *CELEBRACION WIÑOL TRIPANTU «AÑO NUEVO MAPUCHE»*. Centro de Salud Familiar Garín. <http://cesfamgarin.blogspot.com/2018/06/interculturalidad-en-salud.html>
- 12) Davinson, G., Jélvez, I. y Yáñez, S. (1997). Diagnóstico y propuesta de sistema de salud intercultural para Indígenas. Bases para una propuesta de un Seguro Indígena. Temuco, Instituto de Estudios Indígenas.
- 13) Delgado, J.M. y Gutierrez, J. (1995) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Editorial SÍNTESIS
- 14) Dietz, G. (2017). Interculturalidad: una aproximación antropológica. Perfiles Educativos. vol. XXXIX, núm. 156. IISUE-UNAM, México.
- 15) Foucault, M. (1996). Genealogía del racismo. Caronte Ensayos, Argentina.
- 16) Gallardo, B, Kotthoff, H, Lecaro, F. (2015). Salud intercultural: ¿utopía o realidad? Aplicación del Programa de Salud Intercultural desde las vivencias y perspectivas de usuarias/os Mapuches y profesionales de San José de la Mariquina, Región de los Ríos. Tesis para optar al grado de Matrona/Matron. Universidad Austral de Chile.
- 17) Guber, Rosana, Rosato Ana, M. (1986). La construcción del objeto de investigación en antropología social: una aproximación. Congreso Argentino de Antropología Social, Buenos Aires – 6 al 9 de agosto.
- 18) Hasen, F, Cortez, M. (2012). Aproximaciones a la Noción Mapuche de Kume Mognen: Equilibrio necesario entre el individuo, su comunidad y la naturaleza. Revista Electrónica de Psicología Iztacala., 15 N°2, 18. Universidad Nacional Autónoma de México, De Facultad de Estudios Superiores Iztacala Base de datos.
- 19) Ibacache, J, Mcfall, S, Quidel, J. (2002). Rume Kagenmew ta Az Mapu: epidemiología de la trasgresión en Makewe-Pelale. Rume Kagenmew ta Az Mapu: epidemiología de la trasgresión en Makewe-Pelale, 2, 21.
- 20) Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, 4 (7): págs. 71-83

- 21) Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (2010). Sistematización: Programa de Salud y Pueblos Originarios en el Servicio de Salud *Occidente*. Programa de Salud Intercultural.
- 22) Ministerio de Salud. (2006). Política de Salud y Pueblos Indígenas (2ª Edición, Resolución extensa N° 91).
- 23) Ministerio de Salud, (2006). Gobierno de Chile. Documento Políticas de Salud y Pueblos *Indígenas*. (Consultado el 27/08/2014, Obtenido desde el sitio: <https://saludindigenas.files.wordpress.com/2013/07/politica-de-salud-y-pueblos-indigenas1.pdf>).
- 24) Muenzen, K. (2016). Kvme Felen/ “Estar bien”: Características y percepciones del modelo de salud Mapuche comunitaria en la Casa de Salud Kvme Felen de la Quinta Normal, Región Metropolitana de Chile. SIT Chile: Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la comunidad, Arica, Chile.
- 25) Lerin, S. (2004) Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. Desacatos no.15-16 México. Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México D.F.
- 26) Obach, A. (2004). Explorando los caminos de la sanación. Las medicinas alternativas y complementarias en Chile desde una perspectiva de género. En: Nacer, Educar, Sanar. Miradas desde la antropología del género. Editorial Catalonia.
- 27) Pairican, F. (2014), Malon. La rebelión del movimiento mapuche. 1990-2013, Pehuén, Santiago.
- 28) Pérez, C (2015). 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. Universidad de Concepción.
- 29) Poblete, M, Goldstein, E. (2019). Políticas de Salud Intercultural en Chile. Desde el PROMAP (1992) hasta la normativa vigente en la actualidad. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Asesoría Técnica Parlamentaria.
- 30) Rodríguez, G, Gil, J, García, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: ALJIBE.
- 31) Sampieri, R, Fernandez, C, Batista, M. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta edición, McGRAW-HILL editores. México.

- 32) Sáez, M. (2007) Interculturalidad en salud en Chile: de la teoría a la práctica. En: Prioridades en salud y salud intercultural. Estudios de Bioética social, N°1. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile.
- 33) Sautu, R. (2004). Estilos y prácticas de la investigación biográfica. En: El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores (1999). Buenos Aires: Ediciones Lumiere.
- 34) Santos de Sousa, B. (2010). Descolonizar el saber, reinventar el poder. Edición Tricel. Montevideo, Uruguay.
- 35) Servicio de Salud Metropolitano Occidente, 2011 (SSO). Sistematización y análisis de la oferta de las casa de salud mapuche en el marco del programa de Salud Intercultural del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- 36) Sistema Integral de Información y Atención al Ciudadano, 2011 (SIAC). Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, CONADI. Programa de Promoción e Información de los Derechos Indígenas.
- 37) Schutz, A. (2003). El problema de la realidad social. Buenos Aires - Madrid: Amorrortu editores.
- 38) Shore. C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, N°10, enero-junio, pp. 21 – 49. Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia.
- 39) Ríos, D. (2007). Segundo curso de perfeccionamiento: Hacia la construcción de un modelo integral de salud mapuche, producción y uso de plantas medicinales, como actividad productiva en la Región Metropolitana. Ministerio de Salud, Servicio Salud Metropolitano Occidente.
- 40) Valles, M. (1996). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Editorial SÍNTESIS.
- 41) Valenzuela, M. (2005). Políticas y legislación internacional. En: Salud y relaciones interculturales: curso de formación para asesores culturales y facilitadores Mapuches. 2005 – 2007. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

- 42) Walsh, C. (2005). Interculturalidad, conocimiento y descolonialidad. Ponencia II Encuentro Multidisciplinario de Educación Intercultural CEFIA-UIC-CFEIB: “Políticas e interculturalidad en educación”, México.
- 43) Walsh, C. (2009). Interculturalidad, Estado, Sociedad. Luchas (des)coloniales en nuestra época. Ediciones ABYA-YALA. Quito, Ecuador. Universidad Andina Simón Bolívar.

## **IX. Anexos:**

### **- Glosario:**

- 1) SSO: Servicio de Salud Metropolitano Occidente
- 2) CESFAM: Centro de Salud Familiar
- 3) CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar
- 4) COSAM: Centro de Salud Mental
- 5) PROMAP: Programa Mapuche
- 6) DIVAP: División de Atención Primaria
- 7) DIPOL: División de Políticas Públicas Saludables
- 8) OPS-OMS: Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud
- 9) COMSES: Comisiones Mixtas Salud Educación
- 10) Kyme Felen: Buen vivir
- 11) Machi: autoridad mapuche y principal agente de salud
- 12) Wall mapu: universo
- 13) Che: persona
- 14) Kimun: espíritu
- 15) Mapu: espacio o lugar
- 16) Newen: fuerza o poder
- 17) Lawentuchefe: agente de salud con conocimiento sobre hierbas medicinales
- 18) Ngutanchefe: componedor de huesos
- 19) Pñeñelchefe: matrona
- 20) Kutran: enfermedad
- 21) Winka kutra: enfermedad del mundo occidental
- 22) Mapu kutran: enfermedad del mundo mapuche
- 23) Lawen: yerba medicinal
- 24) Re kutran: enfermedad causada por la naturaleza
- 25) Wenu kutran: enfermedad causada por los espíritus
- 26) Weda kutran: enfermedad causada por influencias mágicas
- 27) Wüñol Tripantu: año nuevo mapuche que se realiza en el solsticio de invierno entre el 21 y el 24 de junio.

- 28) Nguillatum: Ceremonia religiosa mapuche. Ritualidad que permite la conexión con el mundo espiritual para pedir por el bienestar, fortalecer la unión de la comunidad o agradecer los beneficios recibidos.
- 29) Lamien: amigo/a
- 30) Küme Mongen: Buena Vida
- 31) Palín: el juego de la chueca es una actividad tradicional mapuche con fines religiosos o deportivos
- 32) Ruka: Casa
- 33) Trafkintu: intercambio de semillas
- 34) Winka: persona no indígena

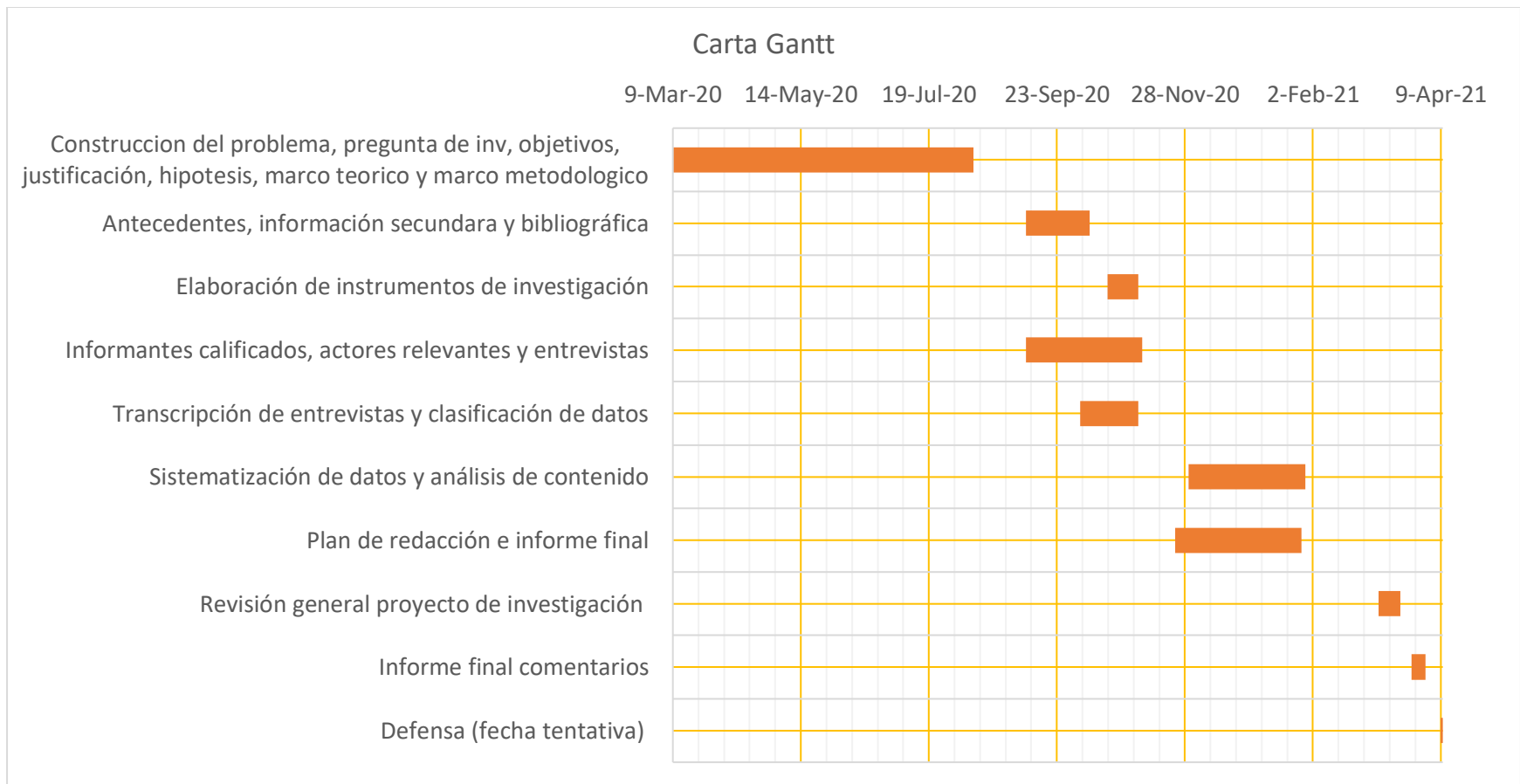
- **Operacionalización de las entrevistas:**

Categoría o concepto	Dimensiones	Temas	Entrevista	Preguntas
<b>Interculturalidad</b>	<b>Implementación, experiencia y tensión</b>	Caracterización e Implementación del programa PESPI en el Centro de Salud Cesfam Lo Franco, comuna de Quinta Normal.	Especialistas y mediadores interculturales Cesfam Lo Franco, comuna de Quinta Normal.	¿Cómo surge el programa PESPI? ¿Cómo fue su integración al programa? ¿Cuáles han sido sus principales acciones o iniciativas realizadas? ¿Cuáles son principales funciones? ¿Han realizado algún encuentro de saberes? ¿De qué forma la institución se integra a la casa de salud y viceversa?
		Caracterización e Implementación del Centro de Salud Mapuche Kvme Fele	Sanadores indígenas y Lawentuchefe del Centro de Salud Mapuche Kvme Fele	¿Cómo se inicia la casa de salud mapuche? ¿Quiénes son los principales actores que fueron formando la casa de salud? ¿Cuáles y como fueron las primeras iniciativas de la casa de salud? ¿Qué tipo de actividades o iniciativas realizaban? ¿Con que medios cuenta la casa de salud? ¿Quiénes son los pacientes que se atienden en el Centro de Salud Mapuche? ¿Cómo llega la gente a atenderse a la casa de salud y que rol juega el centro de salud? ¿Cómo se articula la relación persona-casa de salud-centro de salud? ¿De qué forma se derivan los tratamientos médicos? ¿De qué forma se complementa el conocimiento y los tratamientos médicos?
		Modelos o sistemas médicos	Sanadores indígenas y Lawentuchefe del Centro de Salud	¿Cuáles son las principales atenciones médicas y que tipo de tratamientos utiliza para los padecimientos? ¿Por qué se manifiestan esas enfermedades en las personas que atienden? ¿Qué tipo de tratamientos realizan en la casa de

			Mapuche Kvme Fele	salud? ¿Cuáles son las principales atenciones médicas? ¿Qué necesita el sanador o especialista medico indígenas para tratar a sus pacientes? ¿Tienen algún lugar especial o habilitado para atender pacientes en la casa de salud? ¿Existe algún otro lugar o espacio de atención de pacientes? ¿Qué tipo de tratamientos no se pueden realizar? ¿Qué enfermedades o tratamientos están prohibidos?
<b>Interculturalidad</b>	<b>Tensión, experiencia e implementación</b>	Recursos para el financiamiento	Sanadores indígenas y Lawentuchefe del Centro de Salud Mapuche Kvme Fele y Especialistas y mediadores interculturales Cesfam Lo Franco, comuna de Quinta Normal.	¿Con que recursos cuenta el centro de salud? ¿De qué forma se utilizan los recursos? ¿De dónde provienen los recursos y quien los administra? ¿Cuánta con otra fuente de financiamiento, cuál? ¿Cómo se distribuyen los recursos? ¿Cómo se validan el financiamiento y que acciones se realizan? ¿Qué tipos de recursos genera la casa de salud? ¿Cobran por los tratamientos o atenciones médicas?
		Pacientes indígenas y no indígenas, beneficiarios del programa.	Sanadores indígenas y Lawentuchefe del Centro de Salud Mapuche Kvme Fele y Especialistas y mediadores interculturales Cesfam Lo Franco, comuna de Quinta Normal	¿Cómo conoció la casa de salud? ¿Por qué decide atenderse en la casa de salud? ¿Qué tipo de enfermedades se atiende en la casa de salud y cuales en el centro de salud? ¿Qué diferencias observa en los tratamientos? ¿Por qué decide atenderse en la casa de salud o en el centro de salud?

		Modelo y sistema medico occidental	Especialistas y mediadores interculturales Cesfam Lo Franco, comuna de Quinta Normal	¿Qué tipo de actividades han realizado en relación con el enfoque intercultural? ¿Qué tipo de acciones han realizado? ¿Cómo se integran el conocimiento dentro de su disciplina? ¿Cuál es la ventaja y las dificultades? ¿Qué sería importante agregar a los enfoques interculturales? ¿Qué trabajo queda pendiente? ¿Qué tipo de tratamientos no se pueden realizar? ¿Qué enfermedades o tratamientos están prohibidos? ¿De qué forma se derivan los tratamientos médicos? ¿De qué forma se complementa el conocimiento y los tratamientos médicos? ¿Cuáles han sido las principales dificultades en la implementación del programa? ¿Cuáles han sido los mayores logros en la implementación del programa? ¿Qué iniciativas han generado en conjunto? ¿Dónde realizan las actividades o iniciativas?
--	--	------------------------------------	--	--

- **Carta Gantt**



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO<sup>3</sup>

### MODALIDAD ENTREVISTA INDIVIDUAL

A través de la presente quien suscribe,.....manifiesta que libre y voluntariamente ha aceptado colaborar en el Proyecto de Investigación titulado: “Centro de Salud Mapuche Kvme Fele y la implementación de los modelos de salud con enfoque intercultural”, del que es investigador responsable el Antropólogo Felipe Godoy Meza de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

He sido informado/a, que el proyecto contempla una investigación en terreno, en la cual se realizarán entrevistas individuales y acompañamiento a actividades. Que cada una de estas actividades será debidamente acordada con las personas participantes, a las cuales también se les solicitará, previamente, la aceptación de las condiciones a través de la firma de una carta de **consentimiento informado** (requerimiento ético y de autorización de las personas participantes). Que todas estas actividades no tendrán ningún costo para los participantes, que todo será debidamente autorizado por ellos y que la investigación no implicará ninguna consecuencia que los pueda perjudicar.

Mi colaboración se concretará en responder un conjunto definido de preguntas y seré entrevistado por miembros del equipo de investigación debidamente acreditados durante el transcurso del proyecto (cinco meses), concordándose anticipadamente lugar, fecha y hora de la (o las) entrevista(s).

Se me ha señalado que:

(A) Puedo, sin ningún tipo de inconvenientes, no responder a algunas de las preguntas formuladas

(B) La información por mí entregada será utilizada por el equipo de investigación para la elaboración de la tesis titulada resultado “Centro de Salud Mapuche Kvme Fele y la implementación de los modelos de salud con enfoque intercultural” del magister en Metodología de Investigación e Intervención social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

(C) Se respetará absolutamente mi decisión, si considero y expreso que alguna información no puede ser difundida

(D) Si no deseo que la información entregada esté asociada a mi nombre, se utilizará un seudónimo para su publicación y/o difusión

---

<sup>3</sup> Las cartas se encuentran firmadas por todos los entrevistados

(E) Se me preguntará previamente a cada entrevista si ésta puede ser grabada por medios digitales, y se respetará absolutamente mi decisión en caso de no estar de acuerdo.

(F) No recibiré compensación monetaria por mi participación en este proyecto.

(G) La información que yo provea en el curso de esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación sin mi consentimiento.

Se me dará la oportunidad de consultar respecto a todas las dudas surgidas respecto al proyecto antes de su inicio, y durante el curso de éste. Tengo la libertad de comunicarme con don Felipe Godoy Meza teléfono +56 978164468 correo electrónico [felipegodoymeza@gmail.com](mailto:felipegodoymeza@gmail.com)

Si considero que mis derechos son vulnerados podré dirigirme a la presidenta del Comité de Ética de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano al teléfono 22-7878029, e-mail cuya oficina se encuentra en calle Condell 323 de la comuna de providencia.

Entiendo que una copia de esta carta de consentimiento informado me será entregada, y que puedo pedir información sobre esta investigación cuando ésta haya concluido.

Para esto, puedo contactar a don Felipe Godoy Meza al teléfono y e-mail anteriormente mencionados.

He leído y comprendido la información anterior y doy mi consentimiento para colaborar en este proyecto firmando abajo.

**Nombre del Participante**

**Firma del Participante**

**Fecha:**