



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

ÁREA CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**“PROGRAMA SALUD INTERCULTURAL EN
LA COMUNA DE LA PINTANA: USO DE LA
MEDICINA TRADICIONAL Y CULTURAL”.**

ALUMNO : EDUARDO PEZOA SAN MARTIN

PROFESOR GUIA : EDMUNDO MERCADO CABRERA

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL
TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL**

2010

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
1.- Planteamiento del problema	11
2.- Pregunta de investigación	16
3.- Objetivos de la investigación	16
4.- Hipótesis de la investigación	18
5.- Estrategia metodológica	19
6.- Variables	21

PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO

CAPITULO I:

SALUD INTERCULTURAL Y SUS ENFOQUES.

1.- Proceso cultural	23
1.1.-Socialización de la cultura	25
1.2.- Elementos de la cultura	28
1.3.- Proceso de aculturación	30
1.4.- Proceso de integración	32
1.5.- Integración social	34
1.6.- Marginalidad, marginación social	37

1.7.- Multiculturalidad e interculturalidad.	40
1.8.- Principios de salud intercultural.	42
1.9.- Enfoque de interculturalidad en salud.	43
2.- El Enfoque paternalista o integracionista.	44
2.1.- Enfoque culturalista.	45
2.2.- El enfoque de convivencia.	46
2.3.- El enfoque de empoderamiento o autónomo.	48
2.4.- Interculturalidad en la OPS / OMS.	50
2.5.- Iniciativa de salud de pueblos indígenas: Ops/Oms	52
2.6.- Políticas de reconocimiento de los pueblos indígenas	58

CAPITULO II:

LA SALUD INTERCULTURAL COSMOVISIÓN Y POBLACIÓN INDÍGENA EN CHILE.

1.- Aspectos generales de la interculturalidad en salud.	63
1.1- Salud y áreas de desarrollo indígena	66
1.2- La salud indígena en la ciudad	67
1.3- La participación en salud intercultural	68
1.4- Principales obstáculos de la medicina intercultural.	69
1.5.- Situación actual de la población indígena en Chile	71
2.- Población indígena y salud	76
2.1.- Sistema de salud por condición étnica	78

3.- Medicina intercultural y el rol de los Machi.	83
---	----

II PARTE: MARCO DE REFERENCIA

CAPITULO III:

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL.

1.- Programa salud y pueblos indígenas	89
1.1- Antecedentes generales	90
1.2- Características demográficas	94
1.3.- Antecedentes históricos	95
1.4.- Ceremonias religiosas en la cosmovisión mapuche	100
1.5.- Centro de salud intercultural Consultorio Santiago De Nueva Extremadura La Pintana.	105
1.5.1.- Objetivo general.	106
1.5.2.- Breve descripción del proyecto	106
1.6.- Atención de salud.	107

III PARTE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO IV:

CONDICIONES DE VIDA DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL.

1.- Caracterización individual y socioeconómica.	115
--	-----

2.- Situación de salud	130
3.- Percepción sobre el programa de salud intercultural	140

Capítulo V:

PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL Y SU APOORTE A LA ATENCIÓN DE SALUD COMUNITARIA

1.- Condiciones de vida y proceso De integración y valoración de la diversidad cultural.	159
---	-----

2.-Motivación y participación De los usuarios en el programa de salud intercultural.	166
---	-----

3.- Integración y valorización cultural, Según percepción de los usuarios.	175
---	-----

4.- Relación entre las condiciones De vida de los usuarios y los objetivos Del programa de salud intercultural.	182
---	-----

CONCLUSIONES	190
---------------------	-----

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN	201
--------------------------------------	-----

APOORTE DESDE EL TRABAJO SOCIAL	205
--	-----

BIBLIOGRAFIA	210
--------------	-----

ANEXOS	219
--------	-----

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación, es un acercamiento a la temática de intervención social desarrollada a través del Programa de Salud Intercultural en la Región Metropolitana, específicamente en la Comuna de La Pintana, en el Consultorio Santiago de Nueva Extremadura, lugar en el cual se conjugan dos formas de entender el mundo y particularmente la medicina, una es la cosmovisión mapuche y la otra es la visión clásica de la medicina occidental.

Es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones respetar, proteger, y promover el desarrollo de los Indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y, proteger las tierras Indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación. (Mideplan, 1993)

De acuerdo al párrafo anterior extraído de la ley indígena 19.253, promulgada en nuestro país en el año 1993, se puede desprender que a partir de este hecho se marca un antes y después en la historia de nuestro país para con el mundo indígena, comienza por el reconocimiento de los pueblos indígenas, por consiguiente sus deberes y derechos, además comienzan una serie de políticas públicas que se generan a la luz de reflexiones respecto de cómo atender a un grupo étnico que se ha mantenido al margen de cualquier política social en Chile. (Ibíd.)

El Programa de Salud y Pueblos Originarios responde a esta política, creada a partir de su promulgación buscando entre otras cosas, aportar a la mantención de las costumbres culturales del Mundo Indígena rescatando e instalando sus formas de ver y entender el mundo, en una sociedad cada vez

más globalizada, en donde las influencias extranjeras generan distancia considerable para con la historia ancestral cultural.

Conocer y practicar conceptos como mapudungun, ruka, machis, año nuevo indígena, salud intercultural, entre otros. correspondía a la lectura de libros en el colegio o la universidad, en función de alguna tarea o trabajo, por tanto el gobierno de turno considerando el periodo de retorno de la democracia en el año 1990, debía comenzar a generar espacios para la reivindicación cultural, ya que era un compromiso adquirido a través de la promulgación de la Ley Indígena 19.253, dentro de ese marco se crea a través del Ministerio de Salud Chileno, el programa de Salud y Pueblos Originarios, el cual plantea desafíos como desarrollar un programa de salud accesible, integral, con una visión comunitaria en donde los actores tenían mucho que decir al momento del diseño y ejecución de esta nueva iniciativa, para poder aportar al rescate de la cultura indígena de nuestro país. (Ibíd.).

La integración, pasa a ser un objetivo central en sentido corriente, la palabra designa el proceso o resultado de componer y unificar partes en un todo, armonizar unificar unidades antagónicas en una totalidad. (Ander-Egg, 1995)

El estudio considera esta definición y así podemos inferir que para unir e integrar deben existir dos partes y es en este contexto en el cual se desarrolla el Programa de Salud Intercultural, uniendo dos formas de entender y atender la medicina en un mismo espacio físico, donde no primaba el tema de la aceptación de la cultura Indígena, e influían factores psicosociales importantes en nuestro país, como son cambios en distintos niveles, sociodemográficos, políticos administrativos, socioeconómicos, que alteraban la dinámica social existente.

Este Programa tuvo dificultades en su implementación, ya que hubo que convencer a las autoridades que estaban a cargo del área de la salud, los cuales además se encontraban en un contexto nacional de reforma de Salud, cambiando de un modelo biomédico a un modelo de Salud Comunitario con un enfoque de atención integral, lo que significó que la comunidad participara en el diseño y la implementación de este, por tanto también facilitó la visión del pueblo indígena en la generación del programa de Salud y Pueblos Originarios, ya que esta estrategia disponía de recursos humanos y era una demanda sentida que contaba con todos los elementos necesarios para ser aplicado en las Comunas de Santiago en la Región Metropolitana. (Minsal, 1996a)

Uno de los factores relevantes al momento de definir las comunas que serían beneficiarias de este programa, es la cantidad de población indígena en la comuna, y a partir de ese primer factor una de las comunas elegidas fue la comuna de La Pintana, comuna que según el último Censo de Población del año 2002, su población total es de 190.085 personas, de las cuales 11.856 dijeron pertenecer a algún grupo étnico, y 11.651, se reconocen como mapuches, este fenómeno convierte a la comuna de La Pintana como una de las que concentra una de las mayores poblaciones indígenas de La Región Metropolitana. (INE, 1992)

De acuerdo a los factores anteriormente mencionados, es que se hace necesario que las políticas sociales aborden estas necesidades y desarrollen este tipo de Programas, en los que se relacionan factores psicosociales, que de ser incorporados en este y otros programas sociales, aportan directamente en el mejoramiento de la calidad de vida de la población más carenciada de nuestro país. (Sáez, 2003)

Es en este marco en el que nos interesó investigar respecto de las condiciones de vida, a nivel sociodemográfico, pertenencia étnica, situación socioeconómica, accesibilidad de las personas indígenas y no indígenas que se atienden en el Programa de Salud Intercultural, como también analizar las relación entre estas condiciones de vida y el proceso de integración y valoración de la diversidad cultural, en cuanto a los aportes del programa a la integración y la valoración cultural de este.

Esta investigación además busca ser un aporte al mundo indígena organizado de la Región Metropolitana, en tanto, ésta sirva de reflexión y de aprendizaje de la experiencia que se desarrolla en la comuna La Pintana.

Este estudio se relaciona con el Trabajo Social, a través del proceso de participación en la comunidad , siendo un tema que busca instalarse en la Región Metropolitana, con una forma particular de entender el mundo y la medicina, por lo tanto, desde el Trabajo Social abordar la diversidad, la cultura, la forma de entender el mundo, de conocer otra forma de atención médica diferente a la tradicional y fortalecer el proceso de integración, para que esta práctica no sea discriminada como toda la historia del pueblo mapuche en nuestro país. (Ibíd.)

La investigación que a continuación se presenta, consta en primer lugar de la estructura metodológica, que establece los elementos centrales a partir de los cuales se realizó esta investigación, incluyendo el planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos, variables e hipótesis de investigación, para finalizar con la especificación de la estrategia metodológica.

En la primera parte se presenta el marco teórico de la investigación, contenido en dos capítulos, que incorpora como contenido una

contextualización general y específica de los Pueblos Indígenas y de la Salud Intercultural.

La segunda parte corresponde al Marco de Referencia, contenido en el capítulo III, donde se entregan los antecedentes generales del Programa de Salud Intercultural.

La tercera parte, es el Análisis de la Investigación, la que se presenta en los capítulos, IV, V exhibiendo el desarrollo de las dimensiones de cada una de las variables incorporadas a la investigación, tales como caracterización de las condiciones de vida de la población indígena y no indígena que se atiende en el Programa de Salud, las motivaciones y percepciones de los usuarios respecto del Programa, entre otras.

A continuación se exponen las conclusiones de la investigación, cuestión que incorpora las respuestas a la pregunta inicial conforme a lo desarrollado en la estructura metodológica, así como también los hallazgos de la investigación y los aportes que esta realiza al Trabajo Social.

Finalmente se expone la bibliografía y los anexos del informe que corresponden a la descripción de aquellos procedimientos que permitieron el desarrollo de la investigación, lo que se relaciona con la operacionalización de las variables y los instrumentos de recolección de datos.

1.- Planteamiento del Problema

La medicina mapuche, hace su aparición en las comunidades mapuches, especialmente en el sur de nuestro país y esta se practica a través de las (os) machis, los que sanan a su población por medio de hierbas medicinales y remedios elaborados con componentes naturales como: semillas, plantas, árboles entre otros.

La Salud Intercultural, es una nueva apuesta del mundo indígena para incorporar sus tradiciones culturales en la Región Metropolitana, buscando una oportunidad real de integración y valoración en una sociedad cada vez más globalizada e individualista. (Sáez, Op.cit.)

Otro de los aspectos que han potenciado el tema de la Salud Intercultural y el traspaso de las tradiciones del pueblo Indígena, es el fenómeno de las grandes migraciones campo – ciudad, que se han realizado en forma progresiva por la población indígena, esto ha conllevado a desarrollar sus costumbres culturales en la Región Metropolitana.

El Ministerio de Salud acoge la necesidad de los pueblos indígenas de incorporar la Salud Intercultural en la Región Metropolitana y para eso se crea el programa de Salud y Pueblos Originarios, donde algunos de los objetivos centrales de este programa tiene que ver con apoyar procesos impulsados desde el nivel central y los servicios de Salud Metropolitanos con aportes financieros nacionales de escasa magnitud. (Minsal, 1996 b)

Se genera un proceso de sensibilización y análisis de la situación de los pueblos indígenas en materia de Salud y condiciones de vida, lo cual se refleja a través de seminarios, reuniones, talleres y encuentros con los servicios de salud y diversos actores locales definiendo las acciones a

desarrollar, (servicios de salud, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), equipos de salud, organizaciones indígenas y organismos no gubernamentales). (Hauser, Montecinos, Quintanilla, 1997)

Otro aspecto importante es que en el año 1990, se recupera la democracia en nuestro país, y desde ese entonces el Estado ha tenido una preocupación por los pueblos originarios, de éste modo la promulgación en el año 1993 de la Ley Indígena, marca un hito en la historia de las relaciones de la sociedad nacional para con ellos. Se avanza desde la desconsideración al reconocimiento de los pueblos indígenas, de una política marcada por el asimilamiento a un enfoque orientado a la protección y el desarrollo de los indígenas, como también de otorgarles espacios de discusión y participación, sobre todo a través de la reivindicación de sus costumbres culturales. (Conadi, 1997)

La Salud Intercultural es una de las temáticas pioneras en esta lógica reivindicativa, se estima que durante los últimos años han aumentado las atenciones de machis o curanderos que a partir de hierbas curan dolencias y enfermedades, Esta salud alternativa se esta instalando en la Región Metropolitana desde la ultima década.

En la actualidad existen diversas consultas privadas en donde los machis vienen del sur de nuestro país con el objetivo de atender las distintas necesidades de la población urbana, en cuanto a dolencias y molestias que en la salud clásica no han sido diagnosticadas con exactitud. (Ibíd.)

El Estado ha asumido el tema de la Salud Intercultural y ha instalado a través del Minsal, ocho experiencias dentro del programa de Salud y Pueblos Originarios en los Servicios de Salud primarios de las siguientes comunas; El Bosque, Peñalolén, Cerro Navia, Lo Prado, La Florida, Huechuraba,

Pudahuel y La Pintana, esto debido a que son las comunas de la Región Metropolitana con mayor presencia de población Indígena según fuentes del Censo de población del año 2002, por lo tanto, los consultorios de atención primaria de estas comunas son los responsables de otorgar el espacio adecuado y los profesionales sensibilizados para atender las necesidades de la organización indígena que esta a cargo del programa.(Minsal, op cit. b).

El problema se plantea desde la perspectiva de que la salud intercultural, es un programa de salud que busca vincular a la sociedad civil y al mundo indígena a través de la instalación de la medicina mapuche y la medicina clásica en un mismo centro de salud (consultorios), es así como los consultorios incorporados al programa, atienden casos con la salud mapuche y además la clásica, la idea es que exista un respeto por la práctica de ambas, ya que el enfoque intercultural reconoce y respeta las singulares y diversas características de cada grupo y pretende un ambiente donde estas diferencias puedan coexistir y aportar a la mejoría de la salud de todos y a la integración cultural de medio millón de personas indígenas que viven en la Región Metropolitana.

El programa de Salud y Pueblos originarios del Ministerio de Salud pone el énfasis en el encuentro de las diversas culturas que conviven en un territorio para coordinar acciones y esfuerzos para solucionar problemas comunes. En consecuencia, la incorporación de un enfoque en salud supone la generación de una nueva forma de entender las relaciones, que reconoce la diversidad como un aporte y base de construcción de una nueva sociedad. (Sáez, op. cit.)

Para eso es importante destacar que la cultura indígena, se ha instalado en la Región Metropolitana con toda una gama de insumos y costumbres tradicionales tales como: artesanía, danza, comida, lengua, etc.

ahora es el turno de la salud intercultural la cual se esta afianzando en la Región y ya cuenta con ocho experiencias. Este programa está involucrando no solo al mundo indígena sino a la sociedad civil, por tanto a la sociedad en su conjunto.

Considerando que el mundo indígena no ha superado esta exclusión, ya que, el hecho de encontrarse marginados de la sociedad chilena, altamente discriminados, con problemas económicos importantes, siguen buscando la integración y la valoración de su cultura. (Hauser, op.cit)

Los propios indígenas han internalizado este proceso de exclusión y en gran medida se niegan así mismos. De muchas maneras aparecen en el discurso problemas para asumir el ser Mapuche, desde algunas personas que han cambiado su apellido, hasta otros sujetos que no presentan a sus familiares por su vergüenza étnica. (Conadi, op cit.)

El enfoque intercultural, reconoce y respeta las singulares diversidades de cada grupo y pretende crear un ambiente donde estas diferencias puedan coexistir y aportar a la mejoría de la salud de todos, enfatizando el proceso de encuentro de las diversas culturas que conviven en un territorio para coordinar acciones y esfuerzos para solucionar problemas comunes.

En consecuencia, la incorporación de un enfoque intercultural en salud supone la generación de una nueva forma de entender las relaciones, que reconoce la diversidad como un aporte y base de construcción de una nueva sociedad.

La importancia, de este programa radica principalmente en la posibilidad de incorporar el elemento de integración, profundizar en el

rescate de las tradiciones originarias, buscar la promoción cultural de las organizaciones indígenas las cuales conviven en una sociedad cada vez mas globalizada e individualista, en donde las políticas sociales, no siempre son las pertinentes en la intervención con el mundo indígena de la Región Metropolitana. (Ibacache, 1997)

El Programa de Salud Intercultural se instaló en la Región Metropolitana, apuntando a trabajar la reivindicación e integración cultural del mundo Indígena, en la ciudad, como se esta dando este fenómeno, cual es el público beneficiario, como se integra un nuevo proceso en la dinámica de los usuarios, acostumbrados a un sistema de salud tradicional.

No obstante, todas las interrogantes que surgen al momento de investigar un programa, es importante destacar que para efecto de este estudio es fundamental reconocer la opinión y percepción de los usuarios respecto de esta nueva propuesta de salud y caracterizar a estos usuarios, cuales son las motivaciones para asistir a este programa.

Los propios usuarios visualizan este programa de salud intercultural como una oportunidad de integración cultural o de exclusión social, de acuerdo a esto, se entiende de manera importante e interesante de ser investigado este fenómeno de salud intercultural haciéndome la siguiente pregunta de investigación la cual guiara este proceso:

2. Pregunta de Investigación

¿El programa de salud intercultural que se desarrolla en la comuna de La Pintana y que atiende a personas indígenas y no indígenas, propicia un proceso de integración y valoración de la diversidad cultural?

3. Objetivos de Investigación

Objetivo General Nº 1

Caracterizar las condiciones de vida de las personas Indígenas y no Indígenas que se atienden en el Programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana.

Objetivos Específicos

- Identificar condiciones sociodemográficas de los usuarios del Programa de Salud Intercultural de la Comuna de la Pintana
- Establecer pertenencia étnica de los usuarios atendidos en el Programa de Salud Intercultural de la Comuna de la Pintana.
- Identificar situación socioeconómica de los usuarios del Programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana.
- Establecer las características de accesibilidad al programa de Salud Intercultural que se desarrolla en la Comuna de La Pintana.

Objetivo General Nº 2

Describir la relación entre el proceso de integración social y valoración de la diversidad cultural en los usuarios del programa de Salud Intercultural de La Comuna de la Pintana

Objetivos Específicos

- Identificar en los usuarios indígenas y no indígenas los aportes del programa de salud intercultural a la integración y valoración de la diversidad cultural de los usuarios
- Establecer las motivaciones de los usuarios para asistir al programa de salud intercultural de la comuna de La Pintana.
- Identificar la opinión de los usuarios respecto del programa de salud intercultural de la comuna de La Pintana con relación a la integración y valoración cultural.
- Establecer las relaciones entre las condiciones de vida de los usuarios y los objetivos del Programa de Salud Intercultural de la Comuna de la Pintana.

4.- Hipótesis

Hipótesis N° 1

El programa de salud intercultural pretende realizar atenciones médicas y propiciar un encuentro de diversidad cultural, independiente de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

Hipótesis N° 2

Los usuarios que se atienden en el programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana consideran que es accesible y responde a las necesidades de la población.

Hipótesis N° 3

El bajo costo es el motivo principal que tienen los usuarios al momento de elegir este programa de Salud Intercultural, tiene relación con el bajo costo económico que les significa.

Hipótesis N° 4

La caracterización socioeconómica de los usuarios del programa de Salud Intercultural corresponde a una población principalmente de escasos recursos.

Hipótesis N° 5

El programa de salud intercultural permite un proceso de identificación cultural y de integración de los usuarios

5.- Estrategia Metodológica

5.1.- Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo, no experimental, transeccional, con un enfoque de análisis cualitativo – cuantitativo, para interpretar el fenómeno estudiado

5.2.- Unidad de análisis

La unidad de análisis, está determinada por los usuarios indígenas y no indígenas del programa de salud intercultural de la comuna de La Pintana de la Región Metropolitana.

5.3.- Universo

El universo está compuesto por 1000 usuarios indígenas y no indígenas los cuales son atendidos en el programa de Salud Intercultural que se desarrolla en la Comuna de la Pintana durante los meses de Julio a Diciembre del año 2009

5.4.- Muestra

La muestra del estudio es de tipo no probabilística y corresponde a la población que se ha atendido en el programa de salud intercultural de la comuna de La Pintana; entre los meses de julio a diciembre del año 2009, por lo tanto se determinó la elección de 100 usuarios Indígenas y no Indígenas.

Los criterios para la selección de la muestra son los siguientes:

- 1.- Participantes del programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana
- 2.- Registros de datos de los participantes en el Programa de Salud Intercultural.
- 3.- Usuarios participantes de la encuesta y del grupo focal tienen la misma probabilidad de ser sujetos de estudio.
- 4.- Usuarios que hayan sido atendidos por lo menos una vez en el programa o que se encuentren en lista de espera para atención

5.5.- Técnicas de recolección de la información

Las técnicas de recolección de la información son las siguientes:

- a) Revisión de los datos personales de los usuarios del programa, (unidad de análisis) que se efectuó a través de las fichas de inscripción que posee el programa de Salud intercultural de la Comuna de La Pintana.
- b) Encuesta Semi Estructurada.
- c) Grupo Focal, esta técnica puede dirigir la discusión y establecer por tanto la percepción y opinión de los usuarios respecto del programa de salud intercultural de la comuna de la Pintana, se conformó con un número de 20 personas en dos sesiones de una hora y media.

5.6.- Técnicas de análisis de la información

Los datos obtenidos a través de las técnicas de recolección de la información, se analizarán por medio de matrices de tabulación simple y cuadros estadísticos descriptivos paramétricos, para realizar un contraste teórico práctico de los resultados obtenidos.

Además se organiza la información cualitativa en tópicos de análisis desde matrices de integración a partir de los focus group.

6.- Variables

Las variables de la investigación son:

- a) Condiciones de Vida, de las personas Indígenas y no Indígenas
- b) Proceso de Integración Social de los usuarios del Programa de Salud Intercultural
- c) Valoración de la diversidad cultural, de los usuarios del programa de salud Intercultural

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO

CAPITULO I

SALUD INTERCULTURAL Y SUS ENFOQUES DE INTERVENCIÓN.

Diversos enfoques y sistemas se han desarrollado y utilizado en favor de entender y descifrar la intervención social que se puede utilizar en los grupos humanos, estos grupos de personas que viven, entienden, comprenden y se habitúan a formas de mantenerse a través del tiempo con sus propias características y sus maneras de entender el mundo, para poder contextualizar estos modelos de intervención es necesario conocer y saber muy bien desde que punto de vista se estudia e interviene, es necesario también saber cuales son las etapas de desarrollo en las que se encuentran los grupos o asentamientos humanos.

Los hombres no se encuentran solos ante el mundo que los rodea, la relación con éste se mediatiza por sus relaciones sociales, expresadas en las formas de actividad conjunta, las formas de comunicación, sus pensamientos, constituyendo esto, una condición necesaria y específica de la vida del hombre en sociedad, es un sistema de interrelación que pone en contacto a los individuos que comparten la cultura en común. (Urrutia, 2003)

1.- Proceso Cultural

Los individuos estamos y pasamos en el mundo a través de grupos o colectivos que nos distinguen entre uno y otro. Los distintos grupos sociales siempre se han caracterizado por el desarrollo de distintas actividades, costumbres y usanzas que los hacen diferentes a unos de otros.

Estas características, generalmente responden a formas primitivas en términos de funciones, creencias religiosas, formas de vida, vestimenta, etc. Todo esto aporta a que la sociedad sea heterogénea, posea diversas identidades y sentidos de pertenencia. La cultura permite que el hombre no solo se adapte a su entorno si no que haga que éste se adapte a él, a sus necesidades y proyectos, dicho de otro modo, la cultura hace posible la transformación de la naturaleza.(Cucho, 1999)

Para que la mantención de una identidad cultural sea efectiva y rescate realmente las tradiciones culturales de un Pueblo, un factor fundamental es el traspaso de información que se realiza a través de generaciones, este elemento tiene la responsabilidad principal al momento de transmitir la cultura de los grupos de personas que habitan un mismo espacio territorial, pero que es la cultura es un conjunto de valores sociales, intelectuales y religiosos que caracterizan a una sociedad, para poder conceptualizar lo cultural, es necesario referirse a lo colectivo, no es un conjunto individual de valores y creencias, si no que tiene que ser comprendido por un grupo de personas, que se sienten parte de una identidad grupal, que asumen formas culturales de desarrollo individual y colectivo. (Verdugo, 1997)

También la podemos definir como el conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad regula el comportamiento de las personas que la conforman. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista se puede decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano. El concepto de cultura es fundamental para las disciplinas que se encargan del estudio de la sociedad, en especial para la antropología y la sociología. (Ibíd.)

Existen definiciones más amplias desde los organismos públicos o privados que plantean que la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden. (UNESCO, 1992).

1.1.- Socialización de la cultura.

La importante visión de la psicología humanista, a través de una teoría psicosocial para explicar los componentes socioculturales del desarrollo personal, en la que los elementos centrales plantean lo siguiente:

- Cada miembro de la especie podría acceder a ella desde una fuente común, sin limitarse, ejemplo de ello: el conocimiento transmitido por los padres, por las fuentes primarias quienes son los que cumplen el rol principal a la hora de entregar la información temprana.
- Debe poder ser incrementada en las ulteriores generaciones, a través de acciones concretas que permitan ser fuentes directas de traspaso cultural generacional
- Ha de resultar universalmente compartible por todos aquellos que poseen un lenguaje racional y significativo, es decir poder ser un espacio de fácil comprensión para los integrantes de un espacio físico determinado, en el cual se comprenda y entienda el comportamiento y se asuma como traspaso cultural.(Erickson, 2000)

Así, el ser humano tiene la facultad de enseñar al animal, desde el momento en que es capaz de entender su rudimentario aparato de gestos y sonidos, llevando a cabo nuevos actos de comunicación; pero los animales no pueden hacer algo parecido con nosotros. De ellos podemos aprender por la observación, como objetos, pero no mediante el intercambio cultural, es decir, como sujetos.

En forma más detallista la cultura se clasifica, de acuerdo a sus definiciones, de la siguiente manera:

Tópica: la cultura consiste en una lista de tópicos o categorías, tales como organización social, religión o economía. Histórica: La cultura es la herencia social, es la manera que los seres humanos solucionan problemas de adaptación al ambiente o a la vida en común. Mental: la cultura es un complejo de ideas, o los hábitos aprendidos, que inhiben impulsos y distinguen a la gente de los demás.

Estructural: la cultura consiste en ideas, símbolos, o comportamientos, modelados o pautados e interrelacionados. Simbólico: la cultura se basa en los significados arbitrariamente asignados que son compartidos por una sociedad. (Ibíd.)

Existen otras formas para comprender el concepto de la cultura, la cual también puede también ser clasificada del siguiente modo:

Según su extensión

Universal: cuando es tomada desde el punto de vista de una abstracción a partir de los rasgos que son comunes en las sociedades del mundo. Por Ej., el saludo. Total: conformada por la suma de todos los rasgos particulares a una misma sociedad. Particular: igual a la subcultura; conjunto de pautas compartidas por un grupo que se integra a la cultura

general y que a su vez se diferencia de ellas. Ej.: las diferentes culturas en un mismo país. (Ibíd.)

Según su desarrollo

Primitiva: aquella cultura que mantiene rasgos precarios de desarrollo técnico y que por ser conservadora no tiende a la innovación. Civilizada: cultura que se actualiza produciendo nuevos elementos que le permitan el desarrollo a la sociedad. Analfabeta o PRE-alfabeta: se maneja con lenguaje oral y no ha incorporado la escritura ni siquiera parcialmente. Alfabeta: cultura que ya ha incorporado el lenguaje tanto escrito como oral. (Ibíd.)

Según su carácter dominante

Sensista: cultura que se manifiesta exclusivamente por los sentidos y es conocida a partir de los mismos. Racional: cultura donde impera la razón y es conocido a través de sus productos tangibles. Ideal: se construye por la combinación de la sensista y la racional (Ibíd.)

Según su dirección

Posfigurativa: aquella cultura que mira al pasado para repetirlo en el presente. Cultura tomada de nuestros mayores sin variaciones. Es generacional y se da particularmente en pueblos primitivos. Configurativa: cultura cuyo modelo no es el pasado, sino la conducta de los contemporáneos. Los individuos imitan modos de comportamiento de sus pares y recrean los propios. Prefigurativa: aquella cultura innovadora que se proyecta con pautas y comportamientos nuevos y que son válidos para una nueva generación y que no toman como guía el modelo de los padres a seguir pero sí como referentes. (Ibíd.)

1.2.- Elementos de la cultura.

La cultura forma todo lo que implica transformación y seguir un modelo de vida. Se dividen en:

A) Concretos o materiales: fiestas, alimentos, ropa (moda), arte plasmado, construcciones arquitectónicas, instrumentos de trabajo (herramientas), monumentos representativos históricos.

B) Simbólicos o espirituales: creencias (filosofía, espiritualidad/religión), valores (criterio de juicio moral y/o ética), actos humanitarios, normas y sanciones (jurídicas, morales, convencionalismos sociales), organización social y sistemas políticos, símbolos (representaciones de creencias y valores), arte (apreciación), lenguaje (un sistema de comunicación simbólica), tecnología y ciencia. (Cucho, op cit.)

Dentro de toda cultura hay dos elementos a tener en cuenta:

A) Rasgos culturales: porción más pequeña y significativa de la cultura, da el perfil de una sociedad. Todos los rasgos se transmiten siempre al interior del grupo y cobran fuerza para luego ser exteriorizados.

B) Complejos culturales: contienen en si los rasgos culturales en la sociedad. (Ibíd.)

Con toda esta información los Pueblos americanos poseen todas las características mencionadas anteriormente por los autores, son grupos claramente identificados, que mantienen formas de entender y concebir el mundo, una lengua que los distingue, ropa que los identifica y costumbres ancestrales, como los alimentos, la salud, la artesanía, etc. Por tanto poseen identidad propia que los distingue de otros pueblos incluso de esta misma parte del mundo.

Para que la cultura de los grupos de individuos tenga sentido, esta necesita de un contexto que las favorezca, un espacio territorial determinado con formas colectivas de entender el mundo, además de una historia común que tenga un sentido de identidad y pertenencia de su cosmovisión del universo, en el caso de los Pueblos originarios de nuestro país, estos mantienen una lucha histórica, y en su historial se encuentra la famosa guerra de Arauco, que según los historiadores duro mas de 300 años.

Si volvemos a repasar el concepto de cultura y lo relacionamos con el Pueblo Indígena de nuestro país podemos decir que es el conjunto de los conocimientos y saberes acumulados por la humanidad a lo largo de sus milenios de historia. En tanto una característica universal, el vocablo se emplea en número singular, puesto que se encuentra en todas las sociedades sin distinción de etnias, ubicación geográfica o momento histórico. (Thompson, 1990)

Los Pueblos Originarios califican en un conjunto de saberes y costumbres que los hacen únicos y que los diferencian de otros grupos de personas, ya que también cuentan con una historia acumulada de experiencias, en la cual desde el reconocimiento que nuestro país asume en el año 1990 a través de la creación de la Ley de los Pueblos Originarios, lo que sin duda les otorga derechos y deberes y lo más importante es que valora su cultura, reconociendo su historia y aportando al rescate de las tradiciones culturales, creando planes y programas que los ayude a mantener esta historia en la memoria actual de La Sociedad Chilena.(Conadi, op cit.)

Es importante destacar que la historia se escribe a través del traspaso de información de generaciones en un contexto territorial específico, es por ello que la cultura se mantenía en un espacio determinado, principalmente en lo que respecta a la cultura indígena de nuestro país, se fortaleció en las comunidades del sur de Chile, en donde las tierras favorecían la agricultura

y la ganadería, no obstante, fue necesario las migraciones campo ciudad y ahí se generó otro fenómeno de aculturación.

1.3.- Proceso de aculturación.

Aculturación se refiere al resultado de un proceso en el cual un Pueblo o grupo de gente adquiere una nueva cultura (o aspectos de la misma), generalmente a expensas de la cultura propia y de forma involuntaria. Una de las causas externas tradicionales ha sido la colonización.

Comprende aquellos fenómenos que resultan cuando grupos que tienen culturas diferentes entran en contacto directo y continuo, con los subsiguientes cambios en la cultura original de uno de ambos grupos. Esta definición estableció un esquema conceptual tanto para el constante interés por el tema de difusión, como para el que recientemente despertaba la observación directa de los procesos del cambio cultural. El concepto de difusión no se había relacionado con ninguna concepción clara de los mecanismos culturales. (Geertz, 1990)

En la aculturación intervienen diferentes niveles de destrucción, supervivencia, dominación, resistencia, modificación y adaptación de las culturas nativas tras el contacto intercultural. En tiempos más recientes, el término también se ha aplicado a la adquisición de la cultura nativa por parte de los niños desde la infancia en la propia casa. (Linton, 1936)

El Pueblo mapuche de nuestro país, desarrolló este proceso de aculturación debido a la colonización de la que fue víctima, en manos de los Españoles, no obstante se puede decir que esto significó la expansión cultural de las costumbres y formas de desarrollo indígena, a este proceso se le denomina araucanización que suele designar a la expansión y difusión de un conjunto de rasgos culturales originarios de los pueblos mapuches que habitaban originalmente en la región de la Araucanía, tales como la lengua,

costumbres, creencias y rituales, así como sus tejidos, metalurgia y cultivos por sobre otras parcialidades y naciones.(Ortelli, 1996).

La realidad actual del Pueblo Indígena habla de un proceso de readaptación de sus costumbres culturales, en donde el elemento del rescate de las tradiciones juega un rol preponderante, para poder desarrollar estas costumbres en la sociedad actual, dificultando fuertemente este proceso de aculturación, ya que hasta los propios individuos pertenecientes a esta cultura han sufrido los embates del cambio social, por tanto la mantención cultural es una lucha constante, sobre todo cuando en Chile aún existen muertes debido a la lucha histórica del Pueblo Mapuche por sus tierras.

Para poder contextualizar de otra manera el proceso de aculturación del Pueblo Mapuche, en la encuesta CASEN 2000 se recogió una información sobre la proporción de personas indígenas que hablan o entienden el idioma correspondiente a su etnia. De acuerdo a estas cifras la gran mayoría de los indígenas en Chile no habla ni entiende el idioma de su etnia. Esto da cuenta de una importante pérdida de su identidad cultural, toda vez que esta se sostiene en gran medida sobre la base de la comunidad lingüística. (Mideplan, op cit.)

Otro elemento central de esta característica particular, dice relación con la historia del Pueblo Chileno, en cuanto, no solo al tiempo de la colonia, si no también a los procesos sociales que se han venido desarrollando en el último siglo, tales como el modernismo, capitalismo, y sin duda sumado a una sociedad bastante individualista con un enfoque cada vez más abierto en cuanto a la obtención de bienes y servicios, todo esto avalado por un concepto actual de progresismo.

1.4.- Proceso de integración.

En un sentido corriente, la palabra designa el proceso o resultado de componer y unificar partes de un todo. Armonizar y unificar unidades antagónicas en una totalidad. En ciencias sociales tiene diferentes alcances, según la disciplina concreta en que el término se utiliza, por tanto el proceso desarrollado en el Programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana, puede clasificarse como proceso de integración Cultural. (Conadi, Op cit.)

En antropología cultural, la integración se define como la armonía, coherencia y unidad interna entre todos los elementos de un sistema socio cultural.

En psicología, la integración se concibe como la reunión de las diversas características de la personalidad de un todo armónico, y también, como el equilibrio entre la organización interna de la personalidad y la conducta externa, se define esta integración como proceso de individualización. (Gauger, 2002)

En ciencia política, el concepto se refiere a la reunión en un mismo sistema político, de grupos o territorios con los mismos derechos que la entidad integradora, bien se haya producido a través de armonizaciones consensuales o a través de armonizaciones impuestas.

En geografía, el concepto hace referencia al tratamiento conjunto de los problemas de un área desde el punto de vista físico, económico y humano.

En sociología la palabra tiene diversos sentidos, siendo imposible establecer una acepción común, por lo general se habla de integración social aludiendo al ajuste de las partes de un sistema social, con ese alcance

puede aplicarse el termino a diferentes niveles, desde el pequeño grupo hasta la sociedad global. (Ander – Egg, op, cit).

Otro término utilizado es el de asimilación cultural el cual es la manera como se señala al proceso de integración de un grupo etno-cultural tal como los inmigrantes, grupos étnicos minoritarios y otros dentro de lo que se tiene establecido como lo común a una comunidad mayor o dominante. La presunción de que dichos elementos generales son la garantía de la convivencia cultural dentro de un estado o territorio, es la que motiva el inicio de dicho proceso.

En este proceso, el grupo que es absorbido y pierde por lo general su originalidad de manera parcial o total como sus maneras de hablar, su dialecto, sus peculiaridades en el habla, sus modos de ser y otros elementos de su identidad cultural cuando entra en contacto con la sociedad o cultura dominante.

La asimilación puede ser voluntaria como es el caso por lo general de los inmigrantes o también puede ser forzada como el caso de muchas etnias minoritarias dentro de un estado determinado en procesos de colonización. Procesos de asimilación cultural se han presentado durante toda la historia de la humanidad y muchos han generado nuevas culturas. Por ejemplo, lo ocurrido en el proceso de la conquista de Américas por parte de las potencias europeas de los siglos XV a XIX creó la mayoría de las naciones americanas de la actualidad. Uno de los procesos de asimilación cultural contemporánea más discutidos es el de la americanización que suele confundirse con uno más antiguo y amplio denominado la occidentalización. (Ibíd.)

En el caso de nuestro país también podemos hablar de Integración Interétnica, definida como un proceso étnico unificador que se caracteriza por la aparición de una determinada comunidad cultural entre unidades étnicas

fundamentales que se diferencian sustancialmente por sus parámetros lingüísticos y culturales. Con este tipo de proceso se relacionan las comunidades étnicas de los estados multinacionales y la formación de naciones de origen multiétnico. Estos procesos se desarrollan históricamente con la maduración de las relaciones capitalistas y la formación de los estados nacionales. (Ortelli, op.cit).

En la historia de Chile, constantemente se están produciendo procesos de integración, (asentamientos, campamentos, poblaciones, etc.) a nivel grupal, también en forma individual, la idea central es tratar de rescatar y realizar estos procesos de cambio o de adaptación en un marco de libertad y respeto por las tradiciones culturales, por la distintas formas y características humanas, ya sea de lenguaje, creencia, sexualidad, vestimenta, etc. La amalgama de de formas de ser y de existir tiene que realizarse siempre, ya que eso nos permite ir mejorando y adecuándonos cada vez mejor, en una sociedad que avanza rápidamente.

1.5.- Integración social.

El concepto de integración social supone relación entre dos realidades, por un lado, el individuo (uno o varios), i un grupo pequeño, y por otro lado un grupo mayor de la sociedad global.

En su uso sociológico, sin embargo, la expresión tiene diversos sentidos, como etapa del proceso de asimilación, como asimilación integral, como conductas y comportamientos semejantes, como acción y proceso por el cual la sociedad integra los elementos heterogéneos (inmigrantes, extranjeros, contestatarios, etc.), como sociedad de sub. Sistemas sociales que interrelacionan las diferentes unidades, en general hace referencia a la coherencia y adecuación reciproca entre los diferentes elementos de un sistema social, especialmente entre los miembros de una sociedad. (Ander – Egg, op cit.)

Para el servicio y trabajo social, el concepto adquiere singular importancia pues se trata de una de las categorías fundamentales de un servicio social desarrollista. El concepto de integración aparece como superador del concepto acomodación y ajuste del servicio social tradicional, este concepto de integración suele utilizarse, con alcances bien diferentes, en unos casos para expresar la estrategia de la clase dominante para integrar a la clase trabajadora al sistema capitalista, imponiéndole los valores burgueses. (Ibíd.)

También puede utilizarse, para designar la capacidad de ajustarse a la realidad y de transformarla, y que se une a la capacidad de optar, cuya nota fundamental es la crítica. (Freire, 1970)

Como Integración social también podemos entender aquel proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema marginal (marginación), a participar del nivel mínimo de bienestar socio vital alcanzado en un determinado país o sociedad. En cuanto a la realidad de Chile, la falta de reconocimiento de un Pueblo lo sitúa en una situación de marginalidad y falta de participación en espacios de decisiones políticas y de desarrollo. (Ander-Egg, op cit.)

En ciencias sociales, se denomina marginación o exclusión a una situación social de desventaja económica, profesional, política o de estatus social, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social (integración social). La marginación puede ser el efecto de prácticas explícitas de discriminación —que dejan efectivamente a la clase social o grupo social segregado al margen del funcionamiento social en algún aspecto— o, más indirectamente, ser provocada por la deficiencia de los procedimientos que aseguran la integración de los factores sociales, garantizándoles la oportunidad de desarrollarse plenamente.

La marginación también puede definirse como segregación social, incluso en términos espaciales o geográficos, aunque el término segregación se aplica más comúnmente para planteamientos políticos de discriminación o intolerancia de tipo racial (apartheid), sexual (sexismo), religioso (intolerancia religiosa) o ideológico (represión política). (Johnston, 1981).

La marginación consiste en la separación efectiva de una persona, una comunidad, o un sector de la sociedad, respecto al trato social; el proceso puede mostrar diferentes grados y mecanismos, desde la indiferencia hasta la represión y reclusión geográfica, y con frecuencia trae aparejada la desconexión territorial. Su carácter definitorio, sin embargo, no es el aspecto geográfico, sino el aislamiento social. (Ibíd.)

La discriminación marginal es un fenómeno vinculado con la estructura social, y está asociado con rezagos que se originan en patrones históricos y el desarrollo de un territorio determinado. Sus efectos implican unas repercusiones de tipo cultural, social, educacional, laboral, y económicas, entre otros. La pobreza puede ser un estado de la marginación y viceversa, aunque el hecho de que exista una, no necesariamente implica que exista la otra. (Ibíd.)

Por tanto debemos señalar que este concepto, nos permite identificar de manera bastante concreta el hecho de la separación y encuentro de dos o mas formas de concebir el mundo y la sociedad, a través de la cultura y costumbres determinadas por los grupos pertenecientes a espacios territoriales determinados, los que al encontrarse generan una nueva forma de desarrollo y progreso social, económico y cultural de una sociedad que permite y respeta la generación de espacios de aprendizaje intercultural generacional.

1.6.- Marginalidad, marginación social.

Marginalidad significa en esencia estar separado de, cortado de, a la orilla de, aparte de. Situación en la que un individuo o grupo quedan excluidos de un determinado sector de la convivencia social. Originariamente, la expresión fue utilizada en psiquiatría para hacer referencia a un tipo de comportamiento que no se corresponde con las normas sociales y pautas culturales de una sociedad. Se trataba de un problema psico – patológico de determinados grupos étnicos, equivalente a los conceptos sociológicos de desviación social o desajuste social. (Ander-Egg, op cit.)

La expresión se comenzó a utilizar en América Latina para referirse a características ecológico – urbanas, a fin de designar los habitantes de las villas miserias, callampas, favelas, rancherios, etc. (según sea la denominación en cada país) en algunas ocasiones se ha utilizado como concepto de lumpen proletariado recientemente se ha empleado también como equivalente a ejército de reserva. (Marx, 1997)

El término también fue utilizado para designar la falta de participación en la vida política, económica y social del país, la separación de la sociedad global, perteneciendo a ella, vino a ser considerada como una de las características del sub. Desarrollo. Para algunos la marginalidad se explica como el resultado de las transformaciones económicas y la desorganización de las antiguas estructuras, es decir, como consecuencia de un proceso de marginación, en el que importantes sectores de la población no tuvieron posibilidad de integrarse a la modernización.

Para lograr la superación de la marginalidad y llevar a cabo la integración, la estrategia y las tareas de participación y promoción popular, a través de organizaciones de base, vinieron hacer el objetivo fundamental de

la acción social (entendida esta como trabajo social en su acepción más amplia) (Ander – Egg, Op cit.).

Concomitante a esto la, participación popular apareció como un recurso del desarrollo y la integración como uno de los objetivos de ese mismo desarrollo, planteado siempre en el interior del sistema, con lo cual se mantenían intactos los mecanismos de marginación.

Estas formulaciones entran en crisis cuando a las propuestas de participación, se plantean cuestiones como estas ¿Por qué integrar a los marginados en esta sociedad? ¿Es posible superar la marginalidad en una sociedad en la que se mantienen privilegios, en una sociedad de clases, en una sociedad en donde hay explotadores y explotados? (Marx, Op cit.).

Este enfoque simplista de la marginalidad, conduce a propiciar su solución mediante un puro esfuerzo por incorporar a los marginados a la sociedad participante, sin ver que la estructura misma de esa sociedad es la que produce la marginalidad. Por eso, la marginalidad no se considera un fenómeno disfuncional o coyuntural si no como la manifestación de nuevas tendencias estructurales de las relaciones de producción y las relaciones de dominación, sociales y políticas de un país.

Es importante señalar que con un alcance un tanto diferente, la expresión de marginalidad es utilizada en España para caracterizar la situación de determinados colectivos o sectores sociales, como los gitanos, los homosexuales, los ancianos, etc., que viven una situación de no integración con el resto de la sociedad. Por tanto se concreta la teoría de la no participación de los procesos sociales de la sociedad modernista. (Ibíd.)

Lo anterior se puede denominar como un concepto de exclusión social, Proceso social de separación de un individuo o grupo respecto a las posibilidades laborales, económicas, políticas y culturales a las que otros si

tienen acceso y disfrutan. Situación de separación o privación en la que se encuentran determinados grupos o individuos. Es lo opuesto de la inclusión social. Esta expresión se emplea con un significado no siempre coincidente, que en ocasiones se da por sobreentendido. En su significado más general, es la falta de participación en la distribución de los bienes, servicios y oportunidades de producción social referida a un conjunto de personas. Los estudios sobre exclusión social se desarrollan originariamente como crítica de la modernización, uno de cuyos efectos negativos era la exclusión social de determinados grupos, y del concepto de marginación, que se centraba en la circunstancia resultante de un proceso sin atender a los factores y el desarrollo del mismo.

Es en este contexto en el cual los grupos e individuos pertenecientes a las comunidades indígenas de nuestro país se autodenominan, aduciendo que mantienen una historia de exclusión y marginación social, en cuanto a participar de los procesos sociales con opinión y decisión respecto de políticas que apunten al desarrollo social y sustentable de un grupo de individuos que luchan cada día por mantener vivas sus costumbres culturales y su forma de entender el mundo y la vida.

Es importante también destacar que para las sociedades que se encuentran en vías de desarrollo y que su economía esta basada en el capitalismo, siempre es conveniente tener estas clases, estas divisiones, las cuales permiten que el sistema se mantenga, ya que es necesario contar con un proletariado, que desarrolle el trabajo y que sea la clase trabajadora, el mismo autor plantea que el desarrollo y el subdesarrollo son las dos caras opuestas de la misma moneda, esto es, los países desarrollados lograron su crecimiento a costa del subdesarrollo de otras naciones, esto nos podría dar respuesta a nuestras interrogantes en relación a si es posible en la sociedad actual la integración social y la igualdad de clases. (Ibíd.).

Marginalidad, es un concepto bastante trabajado en el mundo entero, diversos autores han trabajado para poder dar cuenta de este fenómeno que afecta a gran parte de la Población mundial, para efectos de esta investigación asumiremos este concepto como un fenómeno que da cuenta de la posición en una relación social entre la estructura y los individuos que la componen, es decir como se comporta un individuo o grupo de personas en un contexto social determinado, cual es la relación que se establece entre estos dos componentes individuo y contexto social.(Mercado, 2009)

Existe también una relación que es necesaria de manejar en cuanto al tema de la marginalidad, y es a través de la economía, la productividad, por tanto para identificar la marginalidad en los individuos o grupos, tendríamos que definirla como el fenómeno que identifica el grado de involucramiento de las personas con los sistemas productivos.

Por último entenderemos a la marginalidad como una integración desigual en la sociedad, de sujetos sociales que se encuentran insertos y que esto genera un rechazo y /o conformidad en ellos, entendida como un fenómeno que produce inmovilidad social. (Ibíd.).

1.7.- Multiculturalidad e interculturalidad.

Al abordar el tema de la Interculturalidad, la primera diferenciación que debe hacerse es entre multiculturalidad o pluriculturalidad e Interculturalidad. La multiculturalidad se define por los hechos sociales y, consiste en la presencia dentro de una sociedad de diversas culturas, pueblos indígenas y comunidades étnicas, como grupos con diferentes códigos culturales, partiendo del hecho que practican costumbres o hábitos diferentes.

La Interculturalidad supone ir más allá de reconocer la existencia de diferentes culturas y en cambio, busca el intercambio y reciprocidad en la relación mutua así como la solidaridad entre los diferentes modos de entender la vida entre dichos grupos.

Por lo tanto, la Interculturalidad, es un concepto que hace referencia a la acción y la comunicación entre las personas de diferentes culturas. (Molina, Huenchulaf, Nahuelcheo, 1997)

La Interculturalidad, no se refiere a un pueblo o grupo en particular sino que involucra a toda la sociedad, puesto que pretende fomentar un auténtico conocimiento y comprensión entre todos los sectores que componen la sociedad, con sus distintas formas de entender y concebir el mundo, las costumbres y usanzas de los Pueblos más antiguos de América del sur.

Con la práctica de la Interculturalidad se aplica el concepto de, interacción poner en contacto elementos de las diversas culturas y pueblos y se expresa suprimiendo las barreras entré los Pueblos, y promoviendo un dialogo enfocado en la búsqueda de la aceptación mutua y a la reciprocidad. La aceptación de costumbres y formas de vida de distintos Pueblos o comunidades que conviven en un mismo espacio físico que debido a los cambios migratorios ocupan espacios comunes de hábitat. (Molina, et al; op cit.).

La Interculturalidad significa relaciones dinámicas entre culturas. Planteado Primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas Chile, Significa aprovechar lo mejor de cada cultura. Se trata de que exista reciprocidad, voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto y solidaridad entre las culturas. (Ibíd.)

En términos de relación interétnica democrática, la Interculturalidad es el fundamento que reemplaza el etnocentrismo de las relaciones interétnicas de dominación, y se constituye en el mecanismo de convivencia entre las distintas culturas en contacto, y que le garantiza a cada una de ellas espacios para desarrollarse en forma autónoma e independiente, en un marco de aceptación y respeto. (Hauser, et al; op cit.)

En el campo de la Salud la Interculturalidad significa, por lo tanto, que todos los sistemas de salud cuenten con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.

1.8.- Principios de salud intercultural.

Abordaje Integral de la Salud: el concepto holístico de Salud debe ser respetado, promovido y servir de base para el abordaje de un modelo integral de Salud, atendiendo los elementos fundamentales de Salud Indígena; Espiritual, Físico, Emocional y Mental, que tienen directa relación con la cosmovisión del mundo indígena, el cual basa sus creencias en la naturaleza y lo espiritual.

Autonomía y Autogobierno de los Pueblos Indígenas: el derecho a participar en la definición e implementación de políticas de Salud. Los pueblos indígenas deben tomar el control y responsabilizarse de su propia Salud, no solo por un tema de asumir controles, si no que también por la experiencia que posee respecto de las propias tradiciones culturales. (Ibíd.)

El derecho de los Pueblos Indígenas a la Participación Sistemática: dentro de las comunidades y frente a las instituciones en la implementación de los programas y proyectos de Salud. Un elemento fundamental para alcanzar el cumplimiento de los objetivos planteados en la unidad indígena. (Sáez, op cit.)

La revitalización de Cultura: El derecho de los pueblos indígenas a que se respeten sus lenguas, tradiciones, costumbres y religiones. Esos elementos culturales deben servir de base para la construcción de los modelos alternativos de Salud y desarrollo sustentable en el tiempo a través proyectos y programas que fortalezcan la participación activa de la comunidad Indígena. (Ibíd.)

La reciprocidad: Reconocemos que nos necesitamos unos a otros. Para alcanzar la Salud y el desarrollo de los pueblos indígenas debemos trabajar juntos. el hecho de aunar conocimientos, experiencias y esfuerzos al momento de planificar e idear proyectos y programas, entrega un plus en términos de movimiento organizado que busca revitalizar la cultura indígena en la Región Metropolitana. (Molina, Op. cit.),

1.9- Enfoques de interculturalidad en salud.

En la organización de los servicios de salud se practican diversos enfoques que confunden la Interculturalidad con modelos integracionistas o de asimilación típicas de las relaciones que han prevalecido entre los estados con los pueblos y comunidades indígenas.

En las relaciones autónomas se han identificado al menos cuatro enfoques:

- El enfoque paternalista o integracionista
- El enfoque culturalista

- El enfoque de convivencia
- El enfoque de empoderamiento o autónomo (OPS/ OMS 1993a)

2.- El enfoque paternalista o integracionista.

Es el que se deriva de las políticas de integración, asimilación o indigenista.

Se expresa básicamente en el reconocimiento formal de la diversidad cultural, pero se caracteriza por el establecimiento de relaciones verticales y medidas definidas desde arriba y desde afuera, para resolver el problema de indígenas. (Ibíd.)

Esto se refleja en la práctica de la siguiente manera:

Prestigia un sistema de Salud dominante, que se manifiesta a través de la planificación y ejecución de programas en Salud, sin hacer participar a los usuarios o beneficiarios de dichos programas, es una política dirigida e instalada desde un enfoque de relación vertical, por tanto el concepto de Salud que se maneja en el ámbito oficial, aunque se plantea que es integral, en la práctica privilegia al paradigma biomédico y discrimina el sistema de Salud indígena. (Ibíd.)

Reconoce la diversidad étnica, cultural y lingüística como elementos folclóricos interesantes, pero no los respeta porque organiza los servicios de Salud y programas sin incorporar aspectos elementales como el idioma, los horarios en los servicios. No hay equidad en la distribución de los recursos. Se concentra en áreas geográficas donde viven menos pueblos indígenas y comunidades étnicas y le asigna mayores recursos económicos a aspectos curativos o específicos de la Salud.

La información con que cuenta no visibiliza los problemas reales de la Salud de los indígenas ni incluye los síndromes de filiación cultural. No reconoce los conocimientos sobre Salud de los pueblos indígenas ni los agentes tradicionales de Salud, ni a las autoridades territoriales y comunitarias.

El personal de Salud no respeta la cultura, no conoce el idioma ni se interesa por aprenderlo, no existe una empatía para con la temática Indígena, no hay preparación, tampoco preocupación por el intercambio cultural, por la adopción de una nueva cultura.

La organización de los servicios de Salud no es pertinente ni a la cultura, ni a la visión y necesidades de los pueblos indígenas y comunidades étnicas. No se dispone de espacios de participación y las autoridades no respetan las propuestas surgidas desde las comunidades.

El/la médico, enfermera, trabajador de la Salud es el experto (a), es el que sabe y las comunidades solo reciben recetas, un enfoque autoritario para un programa de Salud, que tiene que responder a una tradición cultural desarrollada por muchos años por autoridades Indígenas. (Hauser; et al; op cit.)

2.1.- Enfoque culturalista.

Este enfoque parte del reconocimiento del pluralismo cultural que afirma el derecho a la diferencia cultural y el valor intrínseco de cada cultura desde la visión que ella tiene de sí misma. En este enfoque se otorga mayor grado de importancia a los aspectos didácticos, lingüísticos o folclóricos sin profundizar en aspectos de participación y poder real. (OPS / OMS; op. cit. a)

La forma de participación que promueve se reduce a consultas sin previa información y basándose en metodologías diseñadas por actores externos.

También promueven los trabajos comunitarios en proyectos diseñados fuera de las comunidades, pero bajo la modalidad de mano de obra (brigadas, líderes o promotores de Salud que aunque sean personas indígenas practican Salud occidental).

En la capacitación y formación de recursos humanos, el contacto con las otras culturas se reduce a la traducción de materiales, sin mediarlos ni pedagógica ni culturalmente; o el uso de terapias occidentales. En este enfoque no interesan los procesos pedagógicos, ni la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucradas, en la organización de programas y proyectos de Salud. (Sáez, Op cit.)

Se privilegia el uso de la lengua en forma oral para traducir lo que es de interés del médico o personal de Salud occidental. En este enfoque prevalece la tendencia a adaptar el curriculum oficial mediante actividades didácticas centradas en la lengua y la cultura, por ejemplo, agregar a la malla curricular de la carrera de Salud una unidad sobre plantas medicinales sin prestar interés a los aspectos vinculados a la cosmovisión indígena relativa a la Salud.

2.2.- El enfoque de convivencia.

Este enfoque ha sido promovido ante el incremento de migraciones internas y externas, y el contacto que eso genera entre culturas. En el mismo se parte del hecho de que es imprescindible el conocimiento del otro para

que exista la convivencia, para poder reconocerlo como ser diferente, por que el desconocimiento produce temor. La convivencia no es simplemente la mera coexistencia, la mera tolerancia. La convivencia implica cierto interés activo por el distinto, y puede significar la incorporación de elementos de las culturas ajenas al acervo cultural propio. (Ibacache, op cit.)

Se parte de que es importante la difusión del conocimiento adecuado acerca de las culturas originarias, para que los no indígenas y otras comunidades étnicas puedan conocerlas y valorarlas positivamente como partes integrantes del país. Se plantea como una estrategia para promover el dialogo intercultural e interétnico para alcanzar una coexistencia armónica.

Por ejemplo, este enfoque plantea, que el sistema educativo intercultural debe preparar a los educandos (indígenas), para desempeñarse adecuadamente tanto en su sociedad de origen como en la sociedad global.

Ese planteamiento coincide con algunas propuestas indígenas, que han señalado que la interculturalidad es el modo de convivencia entre las distintas culturas que conforman la sociedad nacional, que debe permitir al país asumirse como pluricultural, y a los ciudadanos asumir las diferencias y valorarlas como algo bueno y enriquecedor.(OPS/ OMS; op cit.a)

Si se da este enfoque sin establecer claramente las relaciones de poder del Pueblo indígena o comunidad étnica involucrada, se corre el riesgo de solo promover la integración a partir del conocimiento mutuo sin avanzar hacia una relación más equitativa de poder.

En el campo de la Salud se refleja a través de la promoción de estudios etnográficos que se hacen con el solo objetivo de conocer las culturas, las tradiciones a fin de que el grupo dominante pueda conocer que

los que son diferentes, son seres normales, y a partir de ello, poder convivir u organizar los programas de Salud.

2.3.- El enfoque de empoderamiento o autónomo.

Este enfoque parte de que la salud intercultural se deriva del ejercicio de los derechos sustantivos que tienen los pueblos indígenas y comunidades étnicas. Se enmarca, por lo tanto, en los derechos humanos de libre determinación, territorio, participación efectiva en los espacios de decisión locales, regionales y nacionales, y el reconocimiento, ejercicio y protección legal de sus conocimientos y saberes colectivos tradicionales. (Ibíd.)

Derivado de lo anterior, se considera que una propuesta de organización de los servicios de salud que surja de las comunidades, será más pertinente a la realidad socio cultural de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, y es más adecuada a las aspiraciones de desarrollo y autonomía de los mismos pueblos, para este efecto se tiene que tomar en cuenta que se entiende por empoderamiento.

En este sentido, este termino está relacionado con el acceso y control de tres tipos de poderes: a) el social, entendido como el acceso a la base de riqueza productiva; b) el político, o acceso de los individuos al proceso de toma de decisiones, sobre todo aquellas que afectan a su propio futuro; y c) el psicológico, entendido en el sentido de potencialidad y capacidad individual. (Friedman, 1992)

Otras tres formas de identificar estas dimensiones son: a) la personal, como desarrollo del sentido del yo, de la confianza y la capacidad individual; b) la de las relaciones próximas, como capacidad de negociar e influir en la naturaleza de las relaciones y las decisiones, y c) la colectiva, como

participación en las estructuras políticas y acción colectiva basada en la cooperación. (Rowlands, 1997)

En este enfoque se privilegia el rescate y revalorización de la cultura de los pueblos y comunidades involucradas, el afianzamiento de la identidad colectiva y la participación plena en las decisiones desde la organización hasta la implementación, evaluación y seguimientos de los sistemas de salud. (Sáez. Op cit.)

Para hacer efectiva la aplicación del enfoque de empoderamiento en programas y servicios de salud interculturales, de acuerdo a planteamientos de pueblos indígenas, deben basarse en los siguientes principios:

- El ejercicio de la libre determinación indígena, expresado a través del respeto y promoción de la autogestión indígena.
- Establecimiento de procedimientos de participación en las decisiones: se debe expresar a través del consentimiento previo informado y decisiones tomadas por consenso con mecanismos de control establecidos mutuamente.
- El reconocimiento a la tecnología y el conocimiento indígena.
- La incorporación de normas tradicionales de salud.
- Convenios que aseguren los derechos de conocimiento intelectual colectivo. (OMS / OPS; op cit. a).

Para que la salud sea realmente intercultural esos principios deben reflejarse en las leyes y políticas nacionales que incorporen las reformas necesarias para la convivencia respetuosa multiétnica. Deben estar basados en la legislación internacional sobre derechos indígenas vigentes y en discusión. Los Pueblos Indígenas han planteado que esos principios

contribuirían a sentar las bases para una alianza multiétnica, la cooperación entre actores y la corresponsabilidad entre comunidades locales, gobiernos, cooperación internacional, ONG's, sector privado, instituciones formadoras de recursos humanos y de investigación. (Hauser, op.cit)

2.4- Interculturalidad en la OPS / OMS.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), en su constitución reconoce la salud como un derecho fundamental al señalar que: el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y, esta discutiendo la incorporación del aspecto de la espiritualidad.(OPS / OMS; op cit. a)

La OMS reconoce las desigualdades que persisten en el acceso a los servicios y a las tecnologías de la salud para los pueblos indígenas. A ese respecto se acordó que a partir de 1996 se presentaba un marco adecuado para la acción en materia de salud de la población indígena, que debiera abrir espacio para la cooperación técnica entre los diversos grupos indígenas y el desarrollo de programas y actividades conjuntas para el mejoramiento de la salud y el ambiente, de todos los procesos de instalación y ejecución de Programas de Salud que incluyan a los Pueblos Indígenas de América Latina. (Ibíd.).

La OMS ha confirmado su propósito de abordar el tema de la salud indígena a través de las resoluciones, por ejemplo la Resolución N°. 51.24 invita a los estados miembros a desarrollar e implementar planes de acción nacionales o programas sobre salud indígena en cooperación cercana con los pueblos indígenas.

En noviembre de 1999, la OMS llevó a cabo una consulta internacional sobre salud de los pueblos indígenas en el cual se analizaron los desafíos en salud, derechos humanos, investigaciones y las estrategias para enfrentar la situación de salud de los pueblos indígenas. (Ibíd.)

En esa oportunidad se reafirmo el compromiso con los derechos y aspiraciones de los pueblos indígenas para una vida larga y saludable. La directora General de la OMS señalo que cuando se margina a los pueblos indígenas, se separa al cuerpo de conocimientos que tiene un enorme valor para la humanidad. Esta claro para los que trabajamos en el campo de la salud, que depende de la sabiduría que se ha transmitido de generación en generación a través de plantas, hierbas y flores que tienen el poder de curar enfermedades y dolencias. (Ibíd.)

A pesar de que la OMS estableciera en 1977 su programa de medicina tradicional con el objetivo de interesar a los Gobiernos de los países miembros en el tema y apoyar a los agentes tradicionales de salud, las iniciativas específicas sobre salud indígena se han dado en el marco de la década internacional de La Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre los pueblos indígenas.

A partir de abril de 1999, a través del Departamento de Salud en Desarrollo Sostenible, señalaba que han llevado a cabo varias acciones como:

- Elaboración de documentos internos de trabajo sobre el tema.
- Foros sobre salud indígena.
- Acuerdos entre OMS y UNEP para fortalecer las relaciones entre salud y medio ambiente.
- Reuniones ínter agénciales sobre salud indígena.
- El proyecto de abusos de sustancias tóxicas y pueblos indígenas.

- La iniciativa de salud mental de pueblos indígenas.
- Programa de medicina tradicional
- Programas especiales en la región del pacífico.
- Coordinaciones en diversas áreas: no transmisibles, malaria, SIDA. (OPS/OMS; op cit. a)

2.5.- Iniciativa de salud de pueblos indígenas: OPS/OMS.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) preparó un documento para el mejoramiento de la salud en América latina al elaborar las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS, en el cuatrienio 1991 – 1994, en el cual se consideraba que, En relación con la Salud de los pueblos indígenas, las orientaciones estratégicas proponen varios aspectos relevantes, entre los que vale destacar:

- La salud en el desarrollo es una estrategia que reconoce el papel promocional y político de la salud.
- La reorganización del sector salud cobra una importancia fundamental en el caso de los pueblos indígenas, al plantear la transformación de los sistemas nacionales de salud.
- La focalización en grupos de alto riesgo.
- La integración de la mujer en la salud y el desarrollo, tiene una particular relevancia para el caso de la mujer indígena. (Ibíd.).

En 1993 se preparó un documento para el consejo directivo de la OPS en el cual se plantearon cuestiones éticas y legales señalando que: Entre las áreas de políticas que merecen especial consideración y desarrollo esta la que se refiere a las prácticas tradicionales y a la utilización y preservación de plantas medicinales. (Ibíd.)

Agregaba señalamientos referentes a aspectos éticos, el reconocimiento de la convivencia, la trascendencia y el valor cultural de las prácticas medicas tradicionales y destacaba que era necesario abordar cuestiones jurídicas y legales con el propósito fundamental de revisar los instrumentos legales y códigos pertinentes para limitar o reducir los dispositivos que calificaban o prescriben dichas prácticas.

Así señalaba que en cuanto a los aspectos de ética que deben regular la investigación en poblaciones humanas, persisten vacíos y ambigüedades que reclaman atención prioritaria por parte de la organización, particularmente en lo que se refiere a investigaciones que involucran a poblaciones indígenas de América Latina específicamente. (Ibíd.)

En el marco del año internacional de los pueblos indígenas de la ONU, OPS, con el auspicio de la sociedad Canadiense para la salud internacional y otros organismos, celebró una reunión de consulta sobre la Salud de los Pueblos Indígenas. Como resultado de la Reunión se definieron cinco principios para el trabajo en Salud con Pueblos Indígenas: (Ibíd.)

- La necesidad de adoptar un concepto holístico de la Salud.
- El derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas.
- El derecho a la participación sistemática.
- El respeto de las culturas indígenas y su revitalización.
- La reciprocidad en las relaciones. (Ibíd.)

Las recomendaciones de los indígenas presentes en la Reunión, se incorporaron en un informe, que fue aprobado por el Consejo Directivo de la OPS/OMS que se reconoce como la resolución V, sobre la Salud de los Pueblos Indígenas y que ha servido de base para la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas SAPIA. (Salud pueblos Indígenas de América). Dicha

resolución, se constituye en un compromiso de los Gobiernos Miembros, en el ámbito político, de otorgar prioridad al mejoramiento de la Salud de los Pueblos Indígenas, respetar su cultura y sus conocimientos ancestrales. (Ibíd.)

Entre los aspectos que consigna la Resolución V. están los siguientes: (Ibíd.)

La participación de líderes y representantes de pueblos indígenas en la formulación de políticas y estrategias de Salud y el desarrollo de actividades de Salud y medio ambiente dirigidas hacia sus pueblos, esto se manifiesta a través de la participación directa de agentes claves en los temas de Salud. Otro de los aspectos importantes de destacar habla del fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la Salud de pueblos indígenas.

La necesidad de mejorar y superar la falta de información, desde adentro hacia fuera, como también la posibilidad de recibir información relevante en la planificación y ejecución de Planes y Programas de Salud, por tanto además asegurar mayor acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud y atención de calidad, nos permitiría desarrollar un importante avance en materia de Salud y Pueblos Indígenas. (Sáez, op.cit)

Existe también la necesidad de fortalecer acciones intersectoriales (Gobierno, ONG's, Universidades, centros de investigación, organizaciones indígenas), para aportar a la promoción y transformación de los sistemas de Salud, apoyando el desarrollo de los modelos alternativos de atención a indígenas.

Promover programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, desarrollando no solo planes y programas de atención, si no también de educación respecto de una población más saludable, y con eso aportar a la formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones y grupos que respondan a la necesidad de desarrollo en las materias de Salud. (OPS/OMS; op cit.a)

La iniciativa de Salud de los pueblos indígenas de la OPS ha tenido cuatro esferas de trabajo:

- La creación de la capacidad y la formación de alianzas.
- El apoyo a los países para que apliquen la Resolución V.
- La movilización de recursos para los proyectos que aborden los problemas de Salud prioritarios de las poblaciones vulnerables.
- El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de Salud en las comunidades multiculturales. (Ibíd.)

Algunos de los resultados de las iniciativas SAPIA (Salud Pueblos Indígenas de América). La aprobación de la resolución V por el Consejo Directivo de la OPS en 1993. La realización de talleres Regionales intersectoriales (Santa Cruz, Quetzaltenango 1995). El convenio de colaboración con el parlamento Indígena de América, 1996. La Reunión Regional sobre medicina tradicional. Guatemala.1994.

Otros de los resultados obtenidos a través de los encuentros desarrollados en Pro del mejoramiento de los Planes y Programas de Salud Intercultural, han sido la Reunión de trabajo sobre política sanitaria y pueblos indígenas. Ecuador.1996. La Reunión de trabajo sobre investigación y pueblos Indígenas. Washington.1995, y por último la Reunión sobre orientaciones estratégicas para la iniciativa SAPIA. Washington.1997, todo

esto sumado a diversas actividades, como talleres sobre recursos humanos e Interculturalidad. Nicaragua.1998. (OPS/OMS, 1998 b).

Basándose en el informe sobre la Salud de pueblos Indígenas presentado en 1997, el consejo Directivo aprobó la Resolución VI. En ella se reconoce. El cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región. También se considera los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y atención sanitaria a las personas en zonas rurales aisladas y zonas urbanas marginales. (Ibíd.).

En la resolución VI se exhorta a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el Estado de salud y acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial, los pueblos indígenas.

La OPS llevó a cabo una sesión de un grupo de trabajo sobre la formación de recursos humanos y la Interculturalidad, en el cual se considero que la organización de los servicios de salud en contextos multiétnicos debe responder a los siguientes criterios: (Ibíd.)

- La promoción del concepto y prácticas de salud integral.
- Pleno reconocimiento y ejercicio de la identidad con equidad y derecho a la diferencia.
- Democracia Multiétnica incluyente.
- Participación plena de los miembros de las comunidades
- Articulación respetuosa entre los diferentes sistemas.

- Indicadores integrales de consenso y estadísticas desagregadas.
- Promoción del rescate de prácticas y conocimientos tradicionales
- Valoración de conocimientos indígenas.
- Promoción de modelos de salud endógenos.
- La formación del personal de salud con enfoque integral.
- Existencia de espacio y procedimientos de discusión.
- Relación de trabajo y respetuosa entre sistemas de salud occidental y tradicional indígena. (Ibíd.).

Con este enfoque, los pueblos indígenas y comunidades étnicas pueden innovar planes y programas de acuerdo a su propia realidad. La organización de los servicios de salud bajo el enfoque intercultural, permite que la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucrados, en el lugar de construir una barrera, se constituyan en el espacio idóneo para reducir las contradicciones entre lo que hacen en sus comunidades y lo que encuentran en las unidades de Salud. (Sáez, Op cit.)

En este sentido cada trabajador de la salud occidental debe desarrollar una capacidad permanente de aprender. La organización de los servicios de salud deben, por lo tanto, no tratar de atender a un paciente pasivo sino interactuar entre actores, lo que les permite a todos descubrir constantemente nuevas cosas. La relación entre la ciencia académica con los conocimientos y saberes locales, propicia la formación de actitudes que favorecen la relación entre distintos sistemas de entendimiento, manejo y valoración de la realidad. (Ibíd.)

Con la salud intercultural los pueblos indígenas y comunidades étnicas pasan a ser sujetos que participan en la construcción de su propio modelo de salud. La discusión de un modelo de salud intercultural abre las posibilidades para comenzar a construir redes interétnicas basadas en el respeto a la

diversidad étnica y cultural de mas de medio millón de personas que habitan en la Región Metropolitana de Santiago, que pertenecen a alguna Etnia de nuestro País. (Hauser, et al; op cit.).

Para la implementación de un modelo como el señalado, la descentralización de la salud es la opción por excelencia. Se trata de que los mismos pueblos y comunidades asuman mayor cuota de responsabilidad en la conducción de su propia salud. Les permite innovar planes y programas de acuerdo a su propia realidad y características particulares. (Ibíd.).

Si además se asegura la incorporación de lo comunitario y endógeno basado en la experiencia ancestral que integra los saberes y conocimientos, se rompe el esquema tradicional de que él medico, enfermera, trabajador de la salud es el experto, es el que sabe y las comunidades sólo reciben conocimientos y atención externos.

2.6.- Políticas de reconocimientos de los pueblos indígenas.

Los Estados Independientes, después de largos años de discusiones respecto de la validación de las culturas ancestrales han desarrollado, diversas políticas, programas, leyes y proyectos que vayan en reconocimiento de las culturas indígenas de estos Países, algunos de estos Estados mantienen políticas independientes para reconocer las culturas Indígenas y otros se han reunido y a partir de estos encuentros se crearon documentos internacionales que van a favor de los Pueblos Tribales, en cuanto a, primero el Reconocimiento de estos, como también a resguardar y velar por la seguridad de sus recursos naturales, en términos de cultura y desarrollo económico. (Conadi, op cit.)

Nuestro país se encuentra adscrito al convenio 169 de los Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes del año 1989, este es uno de los grandes hitos de Chile, en términos del reconocimiento y valoración de los Pueblos Indígenas, ya que además se crea la Ley Indígena N° 19.253 promulgada en el año 1993, la que da paso a la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (Conadi). Como un Servicio Público destinado al desarrollo, rescate y promoción de las Culturas Indígenas de nuestro país, es allí en donde todas las personas que califiquen en términos de su condición étnica, pueden participar de todos los programas, proyectos y beneficios existentes para el desarrollo, cultural, educacional, económico, social y de Salud. (Ibíd.),

Es importante revisar cuales son las consideraciones generales del Convenio 169, ya que sin duda es un gran paso para el mundo indígena, ya que no solo habla del reconocimiento si no también de todos los temas de desarrollo social y económico de estos Pueblos.

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT): Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 7 de junio de 1989, en su septuagésima sexta reunión declara lo siguiente;

Recordando las términos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y de los numerosos instrumentos internacionales sobre la prevención de la discriminación (Ibíd.);

Considerando que la evolución de derecho internacional desde 1957 y los cambios sobrevenidos en la situación de los pueblos indígenas y tribales en todas las regiones del mundo hacen aconsejable adoptar nuevas normas

internacionales en la materia, a fin de eliminar la orientación hacia la asimilación de las normas anteriores;

Reconociendo las aspiraciones de esos pueblos a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones, dentro del marco de los Estados en que viven;

Observando que en muchas partes del mundo esos pueblos no pueden gozar de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población de los Estados en que viven y que sus leyes, valores, costumbres y perspectivas han sufrido a menudo una erosión.

Recordando la particular contribución de los pueblos indígenas y tribales a la diversidad cultural, a la armonía social y ecológica de la humanidad y a la cooperación y comprensión internacionales. (Ibíd.)

Observando que las disposiciones que siguen han sido establecidas con la colaboración de las Naciones Unidas, de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la alimentación, de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y de la Organización Mundial de la Salud, así como del Instituto Indigenista Interamericano, a los niveles apropiados y en sus esferas respectivas, y que se tiene el propósito de continuar esa colaboración a fin de promover y asegurar la aplicación de estas disposiciones;

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional que revise el Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957, adopta, con fecha veintisiete de junio de mil novecientos ochenta y nueve y Deberán adoptarse medidas de carácter educativo en todos los sectores de la comunidad nacional, y especialmente en los que estén en contacto más directo con los pueblos interesados, con

objeto de eliminar los prejuicios que pudieran tener con respecto a esos pueblos. A tal fin, deberán hacerse esfuerzos por asegurar que los libros de historia y demás material didáctico ofrezcan una descripción equitativa, exacta e instructiva de las sociedades y culturas de los pueblos interesados. (Ibíd.)

El documento reconoce y respeta a los pueblos Indígenas y Tribales de los Países Independientes, este reconocimiento se traduce en deberes y derechos, busca el desarrollo de estos pueblos en todos los ámbitos del desarrollo humano, también habla de la discriminación y deja por sentada las bases para que la sociedad actual permita la integración cultural, en términos de que la cultura sea incluida en los programas nacionales de Educación, Salud, Trabajo, entre otras.

Otro de los elementos centrales de las políticas estatales en el reconocimiento cultural, permite por una parte entregar derechos y deberes, como también diversas posibilidades de desarrollo, no obstante aún existe una sensación de deuda histórica por parte de los pueblos indígenas debido a la usurpación de tierras en el sur de nuestro país, lo que sin duda genera un conflicto que ya se arrastra por varias décadas, acrecentándose aun más, dejando incluso una estela de dolor y pérdidas de vidas humanas, el Estado intenta sobre llevar la situación, no obstante se necesita incluir al mundo indígena en la elaboración de Políticas que vayan en favor de ellos, entregar facultades para la generación de estrategias de convivencia y desarrollo sustentable.

Este convenio que se encuentra actualmente ratificado por nuestro país, es la base necesaria para poder pensar, diseñar y ejecutar planes y programas que vayan en función del rescate y la promoción de las costumbres y valores culturales de todos los grupos étnicos pertenecientes a todos los países que se adscribieron a este convenio y que mantienen

esfuerzos en la lucha por la integración y valoración de la diversidad cultural de los Pueblos Indígenas. (Ibíd.)

CAPITULO II

LA SALUD INTERCULTURAL NUEVO ENFOQUE DE INTEGRACIÓN CULTURAL.

La sociedad Chilena, se encuentra en una búsqueda constante de nuevos modelos de integración que permitan aportar al mejoramiento de las personas que en ella conviven, el mundo mapuche aporta a esta búsqueda a partir de un modelo medico ancestral que tiene como desafíos dos cosas, como primera instalarse en el sistema de salud tradicional y por otro lado generar una convivencia de dos formas de entender la vida y la salud, esta instalación se da como proceso y es este el que veremos a continuación.

1.- Aspectos generales de la interculturalidad en salud.

Interculturalidad en Salud implica reconocer la validez de los conocimientos y practicas desarrolladas por los diferentes grupos humanos a lo largo de su historia para enfrentar el proceso de salud – enfermedad y facilitar procesos que se sustenten en la reciprocidad de las relaciones, el respeto y el entendimiento mutuo.

Estamos construyendo una nueva manera de entendernos, una manera en la que podemos mirarnos a los ojos de frente, todos a la misma altura, no unos más arriba que otros, nos estamos mirando sin desconfianza, sin temor de ser engañados, estamos tratando de construir una relación en la que ningún pueblo tenga que renunciar a su cultura para poder integrarse a la sociedad mayor y dominante, estamos tratando de buscar la complementariedad de nuestras capacidades de sanar a las personas y de cuidar el ambiente. (Toledo; 1997).

El programa pretende incorporar desde la perspectiva de la cultura Mapuche al interior de nuestro Servicio, con el objetivo de establecer nuevas pautas de relación entre el Sistema Público de Salud y el Pueblo Mapuche, un trato más pertinente en lo Cultural y más digno en lo personal. También pretende aprender de una Cultura más antigua los méritos que le han permitido sobrevivir hasta ahora. (Ibíd.)

Los modelos desarrollados en Salud Intercultural, pueden contribuir para elaborar estrategias dirigidas a otros grupos minoritarios o con particularidades culturales o subculturales, tales como los adolescentes, los pobres marginales de grandes ciudades, etc. Ya que esto implica rescatar las tradiciones culturales, como también las formas de entender y desarrollar sus creencias, involucrar a estos grupos permite generar instancias reales de participación social, sobre todo en la población organizada.

Cuando hablamos de humanizar los hospitales y consultorios, cuando hablamos de humanizar a nuestro Sistema de Salud, lo que estamos diciendo es como reconocemos el espacio de las personas y los ciudadanos y como somos equitativos en las prestaciones que el sistema hace a nuestra población. Desde la perspectiva técnica, es querer llevar mayor consulta, mayor control del niño sano, es recoger y fortalecer el rol que las personas tienen en el auto cuidado de la salud también, es lograr espacios de libertad humana, requisito fundamental para avanzar en la tarea modernización del Estado. Y de los grupo que aún permanecen en la marginación en cuanto al acceso de beneficios sociales. (Molina, et al; op cit.)

Sin embargo, nuestra preocupación por la humanización y la participación no es solamente por la perspectiva técnica, nos importa también desde una perspectiva política, por cuanto es relevante hoy por hoy, concebir un país en el cual cada uno de sus ciudadanos sea capaz de

mirarse a los ojos con su hermano, pueda compartir el destino común que todos tenemos e incluso romper las fronteras que artificialmente nos dividen. (Ibíd.)

Es necesario abrir el debate de la definición de un nuevo modelo de atención en salud para Chile, que contemple especificidades para las áreas Indígenas, en cuanto a las formas más ancestrales de atender y mejorar dolencias y enfermedades, esto permite innovar en Políticas públicas que efectivamente se desarrollen desde la participación social.

En relación con el rediseño de las redes asistenciales, se propone al MINSAL y Servicios de Salud una adecuación de los estudios de las redes asistenciales que realizan los distintos servicios para programar la inversión sectorial para los próximos diez años, incorporando sistemáticamente la variable étnica en tales estudios en los servicios de las Regiones I, II, III, V, Metropolitana, VIII, IX, X, XII de modo tal de planear las inversiones pertinentes en áreas indígenas.

Dada la relevancia de la atención primaria de administración municipal, vemos como una valiosa oportunidad para la definición de políticas pertinentes en Salud, la exigencia de elaboración de planes comunales de Salud y compromisos de gestión en Salud. Oportunidad indígena a condición de apoyar al conjunto de comunas con alta concentración de población indígena y monitorear sus planes y compromisos.

1.1- Salud y áreas de desarrollo indígena.

En el ámbito de la legislación indígena chilena, se identifican otras oportunidades y desafíos para el diseño de políticas públicas de Salud indígena.

Es política de La Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) impulsar un proceso de construcción de áreas de desarrollo indígena que propulse la autogestión de las comunidades, territorios en donde se implementen programas de desarrollo coordinados y servicios locales con la participación de la comunidad. Participación entendida como control decisorio, en tal sentido se comparte el espíritu del enfoque de sistemas locales de salud e identificamos en estatuto de atención primaria espacios e instrumentos para pensar el diseño de sistemas locales para las áreas indígenas, en los cuales exista participación directa de la comunidad indígena organizada que presente propuestas desde la experiencia de vida ancestral y cultural.

La legislación de Chile acerca de pueblos indígenas es insuficiente para abordar la problemática de la Salud; existe en ella un vacío. Si a ello agregamos el actual código sanitario que penaliza las prácticas médicas alternativas, tenemos un marco jurídico restrictivo que es necesario superar, y ello agrega una tarea más a cualquier propuesta que se presente, por tanto se hace necesario que las entidades que regulan las prácticas sanitarias en Salud se pronuncien, y permitan generar proyectos concretos que aporten al desarrollo de los programas en salud intercultural que se están desarrollando en la Región Metropolitana.

La reforma de la ley indígena y código sanitario para el reconocimiento de las medicinas indígenas y sus especialistas, y el respaldo a los sistemas

locales de salud indígena, es un tema pendiente al momento de poder generar propuestas claras de los programas de Salud Intercultural, esto generara mayor decisión de las comunidades indígenas para fortalecer lo desarrollado, en el fondo es la posibilidad de funcionar sin problemas en términos de que los usuarios puedan asistir al programa de salud y además la medicación a través de hierbas sea una practica normada y sin restricciones.

En esta misma línea se comparte plenamente la recomendación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de propiciar la ratificación del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), lo que sin duda permitirá un desarrollo normado y respetado por las autoridades correspondientes en términos de los marcos legales de existencia. (OPS/OMS, op cit. b)

1.2- La salud indígena en la ciudad.

La mayor parte de la población indígena vive en los lugares periféricos de las ciudades, y reproduce al menos parcialmente la cultura. Reconocimiento de esta realidad en las ciudades por parte de los Servicios de Salud y el diseño de programas especiales de atención. Se requieren estudios acabados acerca de sus condiciones de vida y salud y definir en conjunto las políticas y programas de salud hacia esas comunidades.

La temática de la salud indígena, es una oportunidad para plantear un problema más de fondo: el carácter pluriétnico de nuestros países como un desafío para la democracia del siglo XXI. (Molina, et al; op cit.)

1.3- La participación en salud intercultural.

Los servicios de la administración del Estado y las organizaciones de carácter territorial, cuando traten materias que tengan injerencia o relación con cuestiones indígenas, deberán escuchar y considerar la opinión de las organizaciones indígenas que reconoce esta ley.

Sin perjuicio de lo anterior, en aquellas regiones y comunas de alta densidad de población indígena, estos a través de sus organizaciones y cuando así lo permite la legislación vigente, deberán estar representados en las instancias de participación que se reconozca a otros grupos intermedios. (OPS/OMS, Op cit.b)

Los pueblos Indígenas de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida, esto debido a factores climáticos, y las costumbres alimentarias y un factor importante tiene relación con la cosmovisión respecto de la soluciones de estas comunidades en términos de Salud.

Es prioritaria la atención integral de todas las necesidades identificadas, respetando las tradiciones y culturas de los diferentes grupos. Se señala la importancia del acceso a la Salud y a todos los programas que busquen fortalecer a las comunidades indígenas sin distinción, menos exclusión de ningún tipo, todo esto a nivel de usuarios como también de generadores de propuestas en la resolución y atención de temáticas psicosociales, (salud, trabajo, vivienda, alimentación, pobreza, etc.). (Molina, et al; op cit.).

Principios básicos de la política del Ministerio de Salud (MINSAL): Equidad, Participación, y Descentralización; enfatizando los conceptos de

promoción de Salud, continuidad e integralidad en la atención, estos principios son básicos para poder fomentar e instalar los programas que se desarrollen para los grupos étnicos, ya que según su relatos y su historia el país les debe mucho como deuda histórica, desde la usurpación de tierras como también la permanente discriminación por llevar un apellido indígena. (Ibíd.)

Los cambios culturales y en su organización social, junto al empobrecimiento progresivo de las comunidades indígenas por falta de tierra, bajos ingresos y deterioro del medioambiental, son algunos de los condicionantes de su calidad de vida, los que sin duda conllevan factores de riesgos para su Salud. La información epidemiológica disponible, aunque incompleta muestra que en las áreas de mayor concentración, los indicadores de Salud son más deficientes que en el resto de la población, lo que refleja una situación de marcada incapacidad.

Definir los criterios de desarrollo, es aun una discusión no resuelta en este país. Las estrategias de etnodesarrollo, las estrategias de desarrollo indígena, en cuanto a redefinir sus indicadores, sus propios parámetros de avance o de que es vivir mejor. (Toledo, op. cit.).

1.4- Principales obstáculos de la medicina intercultural.

Entre los principales obstáculos para la adecuada y oportuna atención de las enfermedades de la población indígena y sobre todo para el mejoramiento de su Salud, se deben señalar los siguientes:

El empobrecimiento progresivo de las comunidades debido a carencias de tierras, métodos ineficientes de producción agrícola, el deterioro del medioambiente natural con la degradación de los ecosistemas, fuentes de

agua, alimentos, desempleo y migración a las ciudades, la falta de oportunidades, crisis de identidad, lo cual, a más de deteriorar su Salud, limita el acceso a la atención de Salud. (Hauser, et al; op cit.)

El desencuentro del Servicio de Salud Estatal con las necesidades de las comunidades Indígenas debido a los siguientes elementos restrictivos:

a) Económicos: Las comunidades indígenas no tienen los recursos necesarios para implementar servicios médicos y programas de Salud el costo de los tratamientos es inaccesible para la mayoría de las familias campesinas e indígenas, la negociación de la medicina tradicional por que su practica afecta intereses de un sector económico muy importante de los profesionales de la Salud, sustentados en un modelo económico no solidario. (Toledo, op cit.)

b) Cultural: la organización de los servicios de la Salud se ha pensado exclusivamente desde la cultura urbana – occidental, desvalorizando y no respetando el saber medico tradicional, si considerar la diversidad cultural de la población indígena en su aspecto lingüístico, donde el personal de salud no conoce ni utiliza el lenguaje materno indígena; y no considera la medicina tradicional, la que al contrario ha sido permanente prohibida, desprestigiada y sancionada. (Ibíd.)

c) Social: la población indígena percibe un trato discriminatorio cuando acude a los hospitales o centros de Salud. Esta discriminación es doble pues a la condición de indígena se suma la situación de pobreza, como también por la visión errónea de que el pensamiento científico es algo que solo se aprende en las universidades y que la practica de la medicina tradicional es charlatanería y superstición.(Ibíd.)

Uno de los métodos más efectivos que siguen adoptando las culturas dominantes para mantener la supremacía, es el de ignorar, por que cuando no se tiene ni se busca información sobre lo que realmente sucede, puede construirse por lo menos la ficción de que todo esta bien.

La escasez, insuficiencia y mala distribución de recursos financieros del Servicio de Salud para brindar cobertura universal a la población indígena que por lo general ocupa zonas geográficas alejadas. Ausencia de una eficaz coordinación entre las instituciones que trabajan en Salud en las comunidades indígenas. Duplicación de esfuerzos y recursos, con baja cobertura a la población más necesitada, son las consecuencias de la descoordinación señalada.

1.5.- Situación actual de la población indígena en Chile.

El Estado Chileno reconoce que los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde los tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura. El Estado reconoce como principales etnias indígenas de Chile a: Mapuche, Aymará, Rapa Nui o pascuenses, la de las comunidades Atacameñas, Quechuas y Collas del norte del País, las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yamana o Yagan de los canales australes. (Mideplan, 1993 a)

El Estado valora su existencia por ser parte esencial de las raíces de la Nación Chilena, así como su integridad y desarrollo, de acuerdo a sus costumbres y valores. Es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando

las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación. (Ibíd.)

Es importante preguntarse, ¿cuánta es la población indígena en el país y como se distribuye a lo largo del territorio? Según las estimaciones realizadas a partir de la encuesta CASEN del año 2000, en Chile hay 666.319 personas que pertenecen a alguna de las etnias reconocidas en el país. Esto significa que un 4,4% de la población Chilena pertenece a alguna de ellas, por tanto un numero importante de personas que representan a una cultura a una forma de ver y entender el mundo, con costumbres ancestrales que corresponden a planteamientos concretos en el desarrollo social y económico de una sociedad que debe incluir en su definiciones la integración social.

Pese a tratarse de muestras diferentes, esta estimación es consistente con la obtenida a partir de la encuesta CASEN de 1996. En ese entonces, la población indígena ascendía a 635.376 personas, correspondientes a un 4,5% de la población. (Casen, 2000)

En el año 2000 se incluyó en la muestra un número mayor de comunas con fuerte presencia indígena, lo que hace el dato aun más confiable, no obstante que en ambos casos la estimación de la población indígena chilena se hizo con apego a los procedimientos científicos.

Por tratarse de información proveniente de una muestra, evidentemente que la mínima diferencia entre los años 1996 y 2000 indica que la magnitud de la población indígena en Chile se ha mantenido en los mismos niveles en estos cuatro años.

Al desagregar por el tipo de etnia a la que pertenecen las personas, se constata la gran proporción de mapuches (85,6%). La etnia que le sigue en importancia son los aymaras que llegan al 9% del total de indígenas en el país.

Cabe hacer notar que la muestra del año 2000 no incluyó a Isla de Pascua, lo que implica que las personas pertenecientes a la etnia Rapanui estén subrepresentadas, pues solo fueron contabilizados aquellos que habitan en el continente, por tanto el escenario de la población perteneciente a las etnias de nuestro país es a priori mayoritariamente Mapuche. (Ibíd.)

Cuadro Nº 1
Población indígena según etnia.
2000

ETNIAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Aymarará	60.187	9.0 %
Rapanui	2.671	0.4%
Quechua	15.210	2.3%
Mapuche	570.116	85.6%
Atacameño	8.171	1.2%
Colla	5.325	0.8%
Kawashkar	3.781	0.6%
Yagan	667	0.1%
Total indígenas	666.128	100.0

Fuente: CASEN 2000.

Según el cuadro anterior, el mundo indígena de nuestro país en cuanto a cantidad y porcentajes la etnia con mayor presencia es la mapuche, seguida por la aymarará, después continua los atacameños y en forma sucesiva les siguen, colla, Kawashkar o yamana, rapanui y finalmente la etnia yagana. Por tanto, los programas que aplican el estado o los servicios

públicos de nuestro país, contienen una fuerte presencia de la cultura mapuche, la que sin duda esta presente en todos los programas sociales hasta este momento desarrollados, todo esto debido al reconocimiento de los pueblos indígenas de nuestro país, ya que su lucha por mantener vivas sus tradiciones culturales, se puede rescatar desde el periodo de la conquista cuando comenzó la lucha contra la dominación española y la lucha contra la sobrevivencia, ya que según historiadores es un Pueblo que se ha mantenido por siglos, teniendo que enfrentar la cruda vida de sus inicios, manteniéndose hasta ahora, a través de la memoria de los viejos mapuches que relatan como sobre vivieron a fuertes cataclismos. (Bengoa, 1985 a)

Respecto a la proporción de población indígena por región, podemos observar que son las regiones I, IX y X las que presentan una mayor población indígena en el país, concentrando Población Indígena en su generalidad, sin distinción.

Esto quiere decir que la Regiones mencionadas concentran gran cantidad de Población Indígena, pero sin embargo existen otras que también concentran personas pertenecientes a las etnias de nuestro país, como son la Región XI, XII y La Región Metropolitana, esta ultima con un aumento considerable debido a las migraciones campo ciudad, ya que según los datos extraídos del mismo censo de población, el cual indica que un porcentaje importante de personas con calidad están residiendo en la capital de nuestro país. (INE, op cit.).

No obstante, si bien este dato es de utilidad para conocer qué Regiones particularmente requieren probablemente de políticas preferenciales en materias de pueblos indígenas, resulta necesario complementarlo con la información respecto a como la población indígena se distribuye por Regiones. En este sentido, se observa una situación algo

diferente a la anterior, en donde claramente la IX Región es la que concentra la mayor población indígena de nuestro país, seguida por la Región Metropolitana, en donde según la tabla N° mantiene un importante número de personas indígenas.

Cuadro N° 2
Población indígena (PI) según región año 2000

Región	Cantidad	Porcentaje
I	58.893	8.8 %
II	11.768	1.8 %
III	1.811	0.3 %
IV	5.709	0.9 %
V	10.094	1.5 %
VI	5.111	0.8 %
VII	8.823	1.3 %
VIII	58.577	8.8 %
IX	217.362	32.6 %
X	113.380	17.0 %
XI	7.402	1.1 %
XII	9.337	1.4 %
R.M	158.052	23.7 %
Total	666.319	100.0 %

Fuente: CASEN 2000.

En efecto, si bien las Regiones IX, I y X siguen siendo Regiones en las que la población indígena tiene una fuerte presencia, la Región Metropolitana aparece como la segunda región (después de la IX) con mayor número de personas indígenas, concentrando el 23,7% del total de la población indígena del país.

La Región Metropolitana corresponde a una Región relativamente alejada de las zonas de las que proviene originalmente la población indígena del país. En consecuencia, se trata de personas que han emigrado a la ciudad desde aquellas zonas y que, en el caso de aquellos hijos o nietos de indígenas migrantes, probablemente presenten patrones socioculturales algo diferentes de quienes aun habitan, por ejemplo en la Araucanía o en el altiplano.

En términos de cantidad la Región Metropolitana con 158.052 personas que se declaran pertenecientes a la etnia Mapuche, mantiene un porcentaje no menor en relación a otras regiones de nuestro país, esto sin duda se puede transformar en una oportunidad para poder establecer planes y programas de desarrollo social y económico para con los Pueblos Indígenas de nuestro país, rescatando sus costumbres ancestrales para así generar mayor participación social.

Esto por que la Región Metropolitana no solo tiene un carácter eminentemente urbano sino que además posee una dinámica propia de las grandes Metrópolis que probablemente aconseje diseñar políticas especialmente pensadas para los indígenas que en ella habitan. Un solo ejemplo al respecto, probablemente las demandas Mapuches de restitución de tierras no tengan la misma fuerza entre los mapuches habitantes de la Región Metropolitana que entre los mapuches de la Araucanía.

2.- Población indígena y salud.

Las desigualdades en salud son un tema que ha concitado la preocupación del Gobierno y que se encamina hacia una reforma del sistema de salud que asegure a todos por igual una atención digna y oportuna.

Las minorías étnicas son especialmente vulnerables a sufrir tales desigualdades si no hay una atención preferencial del Estado de por medio. En este sentido, y en relación con el sistema de salud al que pertenece la población indígena, este corresponde en su gran mayoría al sistema público en sus diversas modalidades.

Las diferencias con la población no indígena son significativas a este respecto. Así ocho de cada diez personas indígenas pertenece al sistema público, en cambio entre los no indígenas algo más de seis personas se encuentran en esa situación. (Mideplan, op cit.a)

Por otro lado, sí bien uno de cada cinco personas no indígenas pertenece al sistema de Isapre, entre los indígenas pertenece a él poco menos de uno cada diez personas. (Ibíd.)

Por lo anterior, el sistema indígena o de medicina tradicional, tiene como característica principal su carácter holístico, es decir que propone una mirada integrada de los fenómenos como totalidad, de este modo la enfermedad no se ve como un proceso aislado que sea antagónico a la salud sino como un continuo donde enfermedad y salud están en equilibrio. Otra característica de este modelo se refiere a las cualidades de los agentes de salud, que son los sanadores quienes actúan por medio del Don, en este punto nos encontramos ante otra diferencia con el sistema biomédico, y es que sus agentes sanadores no pueden ser cualquier persona, sino individuos a los que se les atribuye una cualidad sobre natural. En el sanador existe un Don que se confiere mediante la revelación de ese Don que generalmente se da por medio de una enfermedad o un sueño.

Para la población Indígena de Chile, es necesario resaltar su cosmovisión respecto de la temática de Salud, ya que existen comunidades

en el sur de nuestro país que se encuentran alejadas de las zonas urbanas, con bastantes dificultades para poder recibir una atención médica occidental, es por ello que las comunidades buscan apoyo para mantener y cultivar sus tradiciones de atención en Salud, en donde la figura del o la machi tiene un respeto enorme, ya que ellos son los encargados de eliminar los males que provocan las dolencias y enfermedades en la población o comunidad Indígena. (Hauser, et al; Op cit.)

2.1- Sistema de salud por condición étnica año 2000.

La población indígena respondió en la encuesta CASEN del año 2000 una pregunta sobre la percepción de la condición de salud de las personas. A este respecto, la población tiene en general una autopercepción relativamente peor, en comparación con la población no indígena. Si bien en ambos casos más de la mitad de la población se considera con un estado de salud de bueno o muy bueno, entre los indígenas esta proporción es menor que entre los no indígenas, aumentando también entre los primeros la proporción de quienes perciben su condición de salud como regular.

La población Indígena en un porcentaje de 80.4 por ciento indica que su atención en salud se encuentra en el sistema público de salud, es decir existe una mayoría que mantiene su situación de salud a través de la red pública, a diferencia de las personas declaradas no Indígenas que solo el 65.8 por ciento, declara que su situación de salud está cubierta por la red estatal de salud, mas atrás aparecen las Isapres que en ambos casos concentra población Indígena y no Indígena en cantidades importantes como un 8.1 por ciento y un 20.4 por ciento respectivamente. (Mideplan, 2000 b.).

Según los datos obtenidos en la actual investigación la población indígena de nuestro país, participa y pertenece al sistema de salud

imperante, es decir la población independiente de su condición étnica debiese estar inserta en los programas de salud actuales.

Cabe preguntarse si esta autopercepción de salud, muy subjetiva por cierto, se debe a una mayor desprotección en la que se encontrarían los Indígenas en relación con los no Indígenas, o se trata de una situación que responde a un tema de acceso por el desplazamiento hacia los centros de atención en salud.

La autopercepción respecto de la condición de salud del Pueblo Indígena consultado, en su mayoría indica que su situación de salud es buena, con eso nos podemos preguntar si se debe a sus características culturales individuales o que los sistemas de salud se encuentran funcionando de buena forma, ya que según los datos obtenidos a través de esta investigación nos indica lo siguiente, el 6.5 por ciento de los consultados indica que su autopercepción respecto de su condición de salud es muy buena, un 48.4 por ciento indica que su situación de salud es buena, un 36.3 por ciento plantea que su situación de salud es regular, como también un 6.7 por ciento, responde que su situación de salud es mala, y por ultimo un 0.4 por ciento responde que su situación de salud es muy mala.(Ibíd.)

Esto nos entrega una visión bastante diversa de la autopercepción de la condición de salud que mantiene el Pueblo Indígena respecto de su situación de salud, ya que un 7.1 por ciento plantea que su situación de salud es muy mala, por tanto existe un porcentaje importante de la Población que se encuentra con mala o nula atención de salud, esto permite inferir que se necesitan políticas claras y rápidas para dar respuesta a la demanda planteada por la comunidad Indígena de nuestro país.

Para contextualizar aun más a la población indígena y la temática de salud, se le consulta acerca de alguna atención médica que recibió durante el último mes, se observa que la población indígena utilizó mayoritariamente el sector público, pero en seguida se visualiza al sector privado quien a través de nuevo programas capta la atención de nuevos usuarios, principalmente de acuerdo a convenios de trabajo. (Ibíd.)

Cuadro N° 3
Lugar en el que ha recibido atención médica año
2000
(Porcentaje)

	PNI	PI
Público	59.8 %	76.2 %
Privado	36.0	20.8 %
Otro	3.9 %	3.0 %
Sin dato	0.2 %	-
Total	100.0	100.0

Fuente: CASEN 2000.

En cuanto al lugar o la persona a la que específicamente se recurrió para recibir la atención de salud, se puede apreciar que no hay grandes diferencias entre indígenas y no indígenas a este respecto. Aun que cabe destacar la mayoritaria atención de la población indígena en un servicio público de salud.

La población Indígena, en su mayoría recibió atención de salud durante el año 2000, en el sector público lo que da cuenta nuevamente de que es el Estado quien se encuentra presente en todos los procesos de atención de Salud de los pueblos Indígenas, es por ello que se recalca la necesidad de establecer encuentros para poder idear y diseñar planes y

programas que apunten a mejorar las condiciones de salud de más de medio millón de personas que de acuerdo al último Censo de población declaran pertenecer a una etnia. (Ibíd.)

Cuadro N° 4
A quien o en que lugar consultó según condición étnica
Año 2000
(Porcentaje)

	PNI	PI
En la farmacia	1.5 %	3.9 %
A un especialista en medicina alternativa (curandero, componedor)	0.7 %	1.9 %
A un médico homeópata	0.1 %	0.1 %
En un centro público de salud (consultorio, hospital, posta)	51.8 %	65.0 %
En un centro privado de salud (consulta médica, centro médico)	31.8 %	13.7 %
En un centro de urgencia público (posta o servicio de atención de urgencia)	8.0 %	11.2 %
En un centro de urgencia privado	1.9 %	1.3 %
Otro	3.9 %	3.0 %
Sin dato	0.2 %	-
Total	100.0	100.0 %

Fuente: CASEN 2000.

Para poder contextualizar la investigación actual, es importante también conocer cual es el estado de la situación de salud de las personas Indígenas y no Indígenas de nuestro país, lo que sin duda alguna queda un poco más claro, es que existe una tendencia mayoritaria de atención en los sistemas públicos de atención de Salud, y la relación existente entre la población Indígena y no Indígena es muy baja, ya que a la consulta sobre en que lugar se atendió, las respuestas son un 51.8 % por ciento de la población no Indígena plantea que en el sistema de salud pública y la población Indígena señala que en un 65.0 % por ciento también se atiende en el sistema de salud Público, esto nos permite conocer que la relación en cuanto al tema de salud entre las personas Indígenas y no Indígenas en cuanto a situación de salud, no es abismante, que puede haber puntos de comparación en cuanto a su situación de salud actual. (Mideplan, op cit. a)

Otro dato relevante de destacar, dice relación que de acuerdo al cuadro anterior y ante la consulta de atención con un especialista de medicina alternativa, la población no Indígena en un 0.7% por ciento plantea que si se atiende en este tipo de salud, la población Indígena en tanto aparece con 1.9% por ciento, cifras que sin duda nos generan una tendencia que según los años va en aumento, lo que puede generar un espacio de desarrollo social importante para los Pueblos Originarios de nuestro país.

En general, lo que muestran estos datos es que, si bien la población indígena se ve más afectada por la pobreza y la indigencia, no es menos cierto que se constata una acción de Estado que proporcionalmente beneficia más a esta población indígena, eso significa que de no mediar acciones concretas de parte del Estado, el sistema de desigualdades en salud condenaría a la población indígena al abandono y la exclusión.

Es en este escenario, en donde la comunidad indígena organizada instala la necesidad de crear un programa de salud que los reconozca y pueda generar este acercamiento con la cultura ancestral de este grupo étnico, con lo cual también se busca mantener las costumbres culturales y que el traspaso de información y la sociedad globalizada acabe con una cultura que se ha mantenido en nuestro país por más de quinientos años.

3.- Medicina intercultural y el rol de los machis.

a) Historia de la medicina intercultural, en el sur, novena región específicamente la medicina intercultural aun que ya tiene carta de ciudadanía, es un hecho relativamente reciente. Aquí en Santiago, la primera experiencia de esta naturaleza es en el año 1998 y surge a través de la iniciativa de un psicólogo vinculado a una organización mapuche de la Comuna de la Florida. Esta persona más otras formaron un equipo de trabajo al que lograron involucrar a connotados dirigentes mapuches. De esta forma surge un grupo que asume esta iniciativa de medicina natural, como se llamo primeramente, quienes a su vez se autodenominaron “pu lawen”. La idea original fue poner al alcance de la población mapuche una medicina alternativa que ha demostrado ser históricamente tan efectiva y eficiente como la medicina occidental. Este grupo se contacta con el director del consultorio en la comuna de Lo Prado y de esta forma acordaron una primera atención para un día sábado con la asistencia de un machi. (Bengoa, op cit.a)

Según información recopilada, esta primera atención fue tremendamente reveladora, en el sentido de que respondía a las aspiraciones de la población Mapuche. Quienes participaron de esta primera convocatoria aprovecharon de tomar mate, dialogar y de esta forma conocerse mutuamente. Sin duda esa fue la primera experiencia de medicina intercultural que genero

posteriormente una serie de iniciativas que se están implementando en diversas comunas de la Región Metropolitana y que hoy ha sido asumida por el Ministerio de Salud y la CONADI. De esta forma, experiencias de salud intercultural hay en la comuna de la Pintana, La Florida y en la zona poniente: Pudahuel, Lo Prado y Cerro Navia, donde la medicina intercultural ya se ha ganado la confianza de los profesionales que trabajan en los consultorios como de los propios pacientes mapuches y chilenos. (Sáez, op cit.)

b) quienes son los machi y que papel juegan en esta iniciativa:

Los / as machi no son considerados de la misma forma entre los mapuches. Ellos/as a su vez asumen distintos roles. Hay lugares donde son valorados sólo como expertos en medicina natural por lo que reciben el nombre de lawentuchefe (curanderos), otros valoran su capacidad de predecir hechos y acontecimientos personales y comunitarios por lo que reciben el nombre de pelontuchefe, otros, además de estos roles mencionados, le reconocen un papel importante en el ámbito religioso y en su papel profético frente a la comunidad, de esta forma suelen ser personas muy importantes en la realización de los diferentes ritos religiosos. (Ibíd.)

Sin embargo, cualquiera sea la valoración que se tenga de ellos, la verdad es que para todos los mapuches el/la machi no es cualquier persona y por el manejo que tienen de lo sagrado, son consideradas autoridades religiosas, especialmente en los lugares donde existe una tradición de machi en la vida religiosa mapuche. De esta forma podemos decir que no son cualquier persona, en el sentido de que en cada uno de ellos existe un llamado o una elección o más bien dicho una predestinación, generalmente en contra de su voluntad, por lo menos hoy día. Es posible que antes, ser machi haya tenido algún tipo de privilegio o rango social. Hoy podemos decir

que es una vocación en decadencia pero que sé esta reconstituyendo con mucha fuerza. Todo machi, sea hombre o mujer una vez que acepta este llamado, reivindica su vocación mediante sueños (peuma) y revelaciones (perimontun) que hacen referencia a visitas de ante pasados, entrega de kulxun, conocimiento del secreto de las hierbas medicinales o ancianos vestidos a la usanza Mapuche etc.(Curivil, op cit.)

Cuando estos signos son evidentes dichas personas son apoyadas en su proceso de iniciación para desempeñar este oficio. En general quienes han estudiado el rol de los/as machi en la sociedad Mapuche y a veces los propios Mapuches dicen que la verdadera vocación de machi solo es posible en el campo, por que ahí están distribuidos los “newen”, las fuerzas y energías que son parte de su identidad de machi. Sin embargo, el hecho de que existan machi en la ciudad (Santiago), muestra claramente los cambios socio culturales que se han ido dando al interior de la sociedad Mapuche. (Bengoa, 2003.)

c) Principales funciones de los/as machi:

“Machi ta lawentucekei... los/as machi están para hacer remedios.

“Machi ta gijatucekei... los /as machi están para orar por los enfermos.

“Machi ta nentukei gijatun... los/as machi están para sacar gijatun.

Además de la función religiosa debemos agregar que los machi, ejercen una función profética: el/la machi sueña, ve visiones, predice acontecimientos, la comunidad los consulta. En este sentido la función de los/las machi responde a su carisma, recibe dicho don, por lo cual no puede ser machi cualquier persona. (Ibíd.)

Es importante destacar que la medicina mapuche también se puede denominar como terapéutica, en el sentido de que tienen un conocimiento amplio del medio ambiente natural y su historia. Además, en el diagnóstico hay un proceso de adivinación relacionada al contacto con seres superiores pertenecientes al mundo sobre natural.

El paradigma que subyace a este sistema o ideología es la restitución para mejorar al enfermo del equilibrio perdido, por ende no es solo un tratamiento físico, sino grupal – psicológico. Se visita a la familia del enfermo para saber que regla se ha quebrantado. Dentro de esta búsqueda de recomposición del equilibrio existe un componente moral. (Curivil, op cit.)

Como se menciona anteriormente, dentro del sistema tradicional de salud encontramos inserto el sistema médico mapuche, en el que existe un todo compuesto por el hombre, el medio ambiente y una serie de fuerzas que influyen sobre los primeros. De esta manera podemos observar la mirada holística de la cosmovisión mapuche. Según ellos la vida humana debe estar en armonía, de manera que cualquier perturbación de este equilibrio produce una enfermedad o *kutran*, la que se clasifica a su vez en dos tipos, entre enfermedades mapuches y enfermedades huincas. (Latcham, op cit.)

En su generalidad las enfermedades mapuches *kutran* son producto de fuerzas sobre naturales identificables por ellos mismos, y de esta forma son tratados bajo el sistema médico mapuche. Por otra parte las enfermedades huincas son parte del mundo occidental y deben ser tratadas según él y su sistema. Según las causas de las enfermedades los mapuches deciden con quien se trataran, es decir la *machi* o un médico occidental. (Ibíd.).

Las enfermedades mapuches se dividen en:

- Re Kutran, o enfermedades naturales
- Weda Kutran, o enfermedades mágicas religiosas. (Curivil, op cit.)

Las primeras corresponden a las enfermedades naturales, enfermedades leves y pasajeras que no presentan mayores dificultades para curarse. Sin el resultado del poco cuidado del cuerpo frente a las fuerzas naturales y el ambiente, por ejemplo, exposición prolongada a inadecuadas temperaturas, equilibrios inadecuados en la ingesta de alimentos, también las alteraciones del animo.

Las enfermedades mágico religiosas, corresponden a la acción de fuerzas espirituales maléficas o benignas. Dentro de estas están las Weda – Kutran enfermedades malignas las que se originan por agentes como el Kalcu o Brujo, o bien por los espíritus maléficos o Wekufes. Por otra parte se encuentran las Wenu Mapu kutran provocadas por las deidades benéficas. Tanto como castigo, como por trasgresiones a ejercer el rol chamánico. (Curivil. Op cit.)

Para la cultura indígena de nuestro país, es muy importante la naturaleza y lo divino las tradiciones guían su accionar a través de lo espiritual y natural, la tierra tiene mucho que ver con todo lo que sucede en el mundo y las personas no se encuentran alejadas a esta situación, por tanto todo lo que les sucede a estas ultimas es producto de lo espiritual y natural a la vez.

SEGUNDA PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPITULO III

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL.

Con la llegada de los Gobiernos de la concertación, llega también la posibilidad de reconocer a los pueblos originarios de nuestro país, y son los diversos grupos étnicos quienes buscaron espacios de diálogo y discusión respecto de sus costumbres ancestrales y como ellos tratan sus temas de salud, educación, vivienda, etc. Es en este marco, que se generan diversos temas de trabajo y uno de ellos es el programa de salud y pueblos originarios, con toda una apuesta de sensibilización y adaptación para convivir con la medicina occidental.

1.- Programa de salud y pueblos indígenas.

El servicio responsable de ejecutar esta iniciativa es el Ministerio de Salud, quien tiene como uno de los objetivos centrales, el desarrollar un programa que tenga como enfoque un modelo atención de salud intercultural, caracterizado por favorecer el conocimiento, el respeto y la complementariedad entre los sistemas de medicina oficial e indígena y, donde la participación de los pueblos indígenas es fundamental en el logro de las metas propuestas. (Minsal, 1996 c)

Para ello se implementa una propuesta en la que se invita al mundo Indígena organizado para así poder instalar sus modelos de atención en salud y generar un solo planteamiento que considere la integralidad de dos formas de concebir la salud y la cura de enfermedades de la población Indígena y no Indígena.

Objetivo general del programa:

Mejorar la situación de salud y medioambiente de los pueblos indígenas que habitan el territorio nacional, impulsando el desarrollo de estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones; considerando su característica cultural, lingüística y económica social y su participación en la definición y solución de los problemas. (Ibíd.)

Objetivos específicos:

- a) Mejorar la accesibilidad, la calidad de la atención de salud, la resolutivez de los problemas de salud de la población indígena y favorecer acciones de promoción de salud; incorporando en los planes, programas y proyectos institucionales, acciones orientadas a disminuir las brechas de equidad observadas en la situación de salud.

- b) Lograr la participación de los pueblos indígenas en los planes de intervención intercultural en la salud, en los lugares donde esta población se ubica.

El programa se propone realizar intervenciones en seis áreas prioritarias, basándose en desarrollar planes pilotos de salud intercultural en las comunas de: La Pintana, El Bosque, Peñalolén, Pudahuel, Cerro Navia, Huechuraba, La Florida y Lo Prado.

1.1- Antecedentes generales

Producto del informe Lalonde, desarrollado en Canadá en el año 1974, se produce una transformación en la teoría de la Salud Pública donde se cuestionan los factores sociales y ambientales como determinantes claves de

la Salud. Ya en el año 1984, se confirma a través de la carta de Ottawa la nueva visión adoptada por la comunidad de Salud Pública. (Ibíd.)

El desarrollo de las políticas sociales en salud orientadas a asegurar un rol activo y participativo por parte de la población beneficiaria constituye un elemento central para el éxito de las acciones y estrategias de las políticas de promoción de la Salud. De esta manera es factible conocer cuál es el enfoque que subyace a estas políticas de salud pública y participación durante la última década en nuestro país.

A partir de 1990 se producen una serie de transformaciones de gran importancia relativas a los temas concernientes a las políticas sociales. Los Gobiernos de la Concertación han actuado mediante la estrategia de crecimiento con equidad lo que permitió superar los antiguos enfoques respecto a estas materias. Dentro de las transformaciones podemos mencionar la mantención de la descentralización de los servicios de salud y educación. (Ibíd.)

Dentro del fortalecimiento de los Gobiernos locales se adoptaron en 1988 producto de la reunión del Consejo Directivo de la OPS, como una táctica operativa para instituir la estrategia de atención primaria de salud y lograr las metas propuestas para el año 2000. Esto debía significar una transformación de los sistemas nacionales de salud para entregar a la población servicios de salud con equidad, eficiencia y eficacia. (Ibíd.)

El Ministerio de Salud ha establecido como parte de su accionar dentro de las políticas de Salud Pública, cinco principios orientadores. El primero: la salud es un derecho universal consagrado en la Constitución Política del Estado; el segundo: es asegurar la equidad de la salud, enfocándose principalmente en los sectores mas desfavorecidos; el tercero: dice que la

salud debe ser solidaria, para asegurar la protección de toda la población; el cuarto: dice relación con la calidad del servicio y la satisfacción usuaria, que debe estar garantizada; y el quinto: dice relación con la “corresponsabilidad social que surge de un trabajo colectivo y coherente de toda la sociedad en el proceso de salud / enfermedad. Ello demanda un sistema permanente de relación reciproca entre prestadores y comunidad, sector privado y público, directivos y funcionarios. (Ibíd.)

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado tanto en Chile como en otros países latinoamericanos por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención en salud.

Si consideramos las políticas de acción adoptadas por el Ministerio de Salud, debemos incluir el concepto de cultura aplicado al campo de la salud, el cual constituye el eje central para el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad.

A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y funcionarios podemos comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.

Las diferencias culturales entre pacientes y profesionales, se observan también al interior de los grupos, lo cual refleja el carácter dinámico de la

cultura. Como toda construcción humana los componentes cognitivos y materiales se transforman en la medida que el grupo social experimenta nuevos desafíos y problemas, la interculturalidad será entendida como un proceso social interactivo de reconocimiento, respeto y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio determinado. (Hauser, et al; op cit.)

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud ha formulado una política de salud y pueblos Indígenas basado en el enfoque de equidad el cual apunta a la contribución a partir de acciones concretas desde el tema de los pueblos indígenas, a un sistema de salud que disminuya las brechas de equidad en la situación de salud entre sectores sociales, áreas geográficas y comunas, con esto el Ministerio de Salud apunta a la asunción de la interculturalidad en tanto cambio de actitud a nivel cultural, para contribuir así a la democratización de las Políticas Públicas. Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud, es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por si solo la gama de necesidades que presenta una sociedad multicultural. (Minsal, op cit.b)

Particularmente, la iniciativa del Programa de Salud Intercultural surge el año 2000, bajo el Gobierno de Ricardo Lagos Escobar. Es un programa financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Ministerio de Salud de Chile (Minsal, 2003 d).

Hasta la adopción del convenio N° 169 de la OIT, no había instrumentos internacionales que reconocieran explícitamente los derechos Indígenas. Este surge como resultado de la revisión de normas anteriores, en especial del convenio N° 107 del año 1957 sobre poblaciones Indígenas y Tribales. El convenio N° 169 ha sido ratificado por 13 países entre los cuales se encuentra Chile. A pesar de no haber ratificado aún el convenio N° 169 el Gobierno pretende asumir la responsabilidad de desarrollar políticas en los

diferentes ámbitos que incluyen la protección de los derechos Indígenas, dentro de los cuales se reconoce la necesidad de enfrentar el tema de la salud con un enfoque hacia la equidad y complementariedad, por lo tanto, el Gobierno pretende asumir la participación y la acción coordinada con los pueblos interesados para proteger los derechos de estos, sus valores, prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales, considerando estas problemáticas tanto colectiva como individualmente.(Ibíd.)

La iniciativa surge bajo la necesidad de los Pueblos Indígenas del reconocimiento de su medicina tradicional en el contexto urbano. Frente a estos requerimientos, y tomando como ejemplo la experiencia del proyecto realizado con anterioridad en otras regiones, como fue el Programa Orígenes, el que materializó su trabajo en la Región de La Araucanía con la concreción del Hospital Maquehue, el Estado busca extrapolar esta experiencia en el ámbito urbano, implementando el Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Este a partir de indicadores poblaciones, se instala el Programa de Salud Intercultural en ocho comunas, con mayor densidad de población mapuche, en la Región Metropolitana.

La implementación del programa es llevada a cabo por Organizaciones Mapuches, pertenecientes a la Mesa Regional Indígena, que en conjunto con la Intendencia Metropolitana han enfocado sus esfuerzos para desarrollar y mantener un programa de atención en Salud Intercultural Mapuche, con la finalidad de consolidar una visión multiétnica y equitativa en el acceso a la salud para todos los individuos. (Olmedo, et al; op cit.)

1.2- Características demográficas.

Respecto a la distribución de la población indígena por sexo y edad, es posible observar que esta es más joven que la población no indígena y

con una población masculina levemente mayor que entre la población no indígena.

Un dato importante de presentar tiene relación con las características de sexo o índice de masculinidad por condición étnica, la población masculina que declaro pertenecer a una etnia es de 334.712 personas correspondientes a un 50.2% del total y la población femenina corresponde a 331.607 personas que declararon pertenecer a una etnia, por tanto la población masculina es levemente mayoritaria a la femenina, esto se condice si se presenta la relación de genero en la población no Indígena, ya que en las personas que no pertenecen a ninguna etnia plantearon los siguiente, los hombres son 7.019.623 correspondiendo al 49.0% del total de población y las mujeres declaradas no pertenecientes a una etnia son 7.317.811, correspondiendo al 51.0% del total de la población, esto nos indica que la variable sexo, según la cultura tiene una leve variación porcentual.(Mideplan, op cit. b)

Esta mayor proporción de hombres entre los indígenas también se expresa a nivel de hogares, cuando se compara la proporción de hogares según sexo del jefe de hogar. En efecto, entre los hogares no indígenas un 23.2% es encabezado por mujeres, en cambio solo un 21.7% de los hogares indígenas esta encabezado por una mujer.

1.3.- Antecedentes históricos.

Cosmovisión Mapuche.

A fines del 1400 Cristóbal Colón, con el apoyo de los reyes católicos de España, por accidente llega a lo que hoy es América, mas precisamente a centro de América, Isla Guanahaní, creyendo haber llegado a la india, que

era su objetivo, de esta equivocación parte la dominación de indios a quienes habitaban estas tierras.

Para la historia occidental América, es un continente nuevo, fue conocido por occidente recién hace unos 500 años. Desde aquella fecha se ha reflexionado e interpretado a América y sus habitantes originales desde una óptica ajena, hecho que marco la conquista española y los tiempos posteriores hasta hoy.

En el caso mapuche ocurre lo mismo, solo con la diferencia de que el pueblo mapuche tuvo la capacidad de conservar su independencia por más de tres siglos después de la llegada de los invasores españoles y por casi medio siglo después del nacimiento y constitución de la República de Chile. (Bengoa, op cit. a)

A través del tiempo se ha descrito a los mapuches como cada historiador ha creído que son, y se ha perdido para ellos lo que otros creen que necesitan y finalmente se les ha asumido como algo de propiedad del Estado Chileno, es así que se habla de nuestros pueblos indígenas, de nuestro pueblo mapuche, y en ese nuestros va implícita toda una imposición de normas, valores, historia desde el momento en que la República de Chile mediante la violencia se apodera de territorio mapuche, territorio que jamás le perteneció.(Ibíd.)

Cuando hablamos de pueblo nos referimos a un conjunto de personas de un lugar o región y cuando hablamos de nación, nos referimos agrupación natural de individuos que tienen la misma cultura y que generalmente hablan un mismo idioma y tienen una tradición común. (Curivil, op cit.).

La cosmovisión, entendida como la forma de entender al universo, el mundo, el medio en que se desarrolla un grupo humano es una experiencia inherente a todos los pueblos en la tierra a que a través de la historia de la humanidad. A través de esta explicación se explica también la propia existencia. (Bengoa, 2003 b)

La explicación del mundo, y por lo tanto, de la existencia, expresada a través de un cúmulo de manifestaciones relacionadas con esta explicación, es lo que conocemos como religión, instituidas por el propio pueblo como una forma de reflejar la creencia en su cosmovisión.

Respecto del término religión no se puede profundizar al respecto desde un ámbito más teórico, científico, cristiano, en cuanto al que se le puede calificar de religión y que no, sino, simplemente entregar elementos de juicio en cuanto a distintas manifestaciones respecto de la explicación de mundo que hacen de acuerdo a su propia experiencia los pueblos. En este sentido debemos decir que en cuanto a explicaciones de mundo, digamos en cuanto a religiones, no debiera existir superior ni inferior, pues paradójicamente esto depende de la cosmovisión desde donde emitamos nuestro juicio.(Ibíd.)

Los pueblos prehispánicos, cada uno había desarrollado una cosmovisión propia hasta antes de la llegada del cristianismo, en este sentido debemos mencionar que este se impuso a los habitantes de esta tierra, no precisamente por que fuera "superior", sino por que los conquistadores, que se suponían también eran cristianos, tenían armas con mas capacidad para matar, o sea, eran superiores en capacidad de destrucción, por lo que, en la practica el asumir superficialmente el cristianismo era una forma de someterse al conquistador y conservar la vida. (Ibíd.)

La cosmovisión Mapuche es la forma de entender el mundo mapuche y ésta se caracteriza por una fuerte relación con lo espiritual, con los sueños, es decir, con lo que no se puede palpar, pero se puede conocer, percibir, aun así las practicas religiosas que dan cuenta de esta cosmovisión tienen que ver principalmente con cuestiones que tenemos en nuestro entorno material y en el tiempo de ahora, en este sentido, por ejemplo, no se busca una salvación futura. El nexo entre esta relación con lo espiritual y lo material es la tierra, la tierra entendida como el espacio material donde compartimos con otros seres como los animales, plantas, insectos, pero también entendida como el espacio donde cohabitamos con otras formas de vida no materiales.

Estas formas de vida no materiales son lo que los mapuches llaman GEN, que significa dueño, estos son espíritus que moran en distintos lugares de la tierra, el agua, los cerros, las piedras, estos espíritus se manifiestan a través de los sueños. Cuando se habla de GEN también se habla de fuerza que en general se relaciona con animales que moran en estos lugares y que se manifiestan de forma material o a través de visiones y en sueños. (Curivil, op cit.)

Algo muy particular dentro de la cosmovisión Mapuche y que, tal vez, pudiera darnos mayores elementos respecto de cómo explican el mundo los Mapuches y en el fondo en que creen, es la construcción del orden que habría en la vida en la tierra, este orden se basa en que no solo nosotros como seres humanos somos los exclusivos habitantes y dueños de la tierra, sino, que por el contrario somos unos mas de los habitantes materiales e inmateriales en este espacio.

En cuanto a lo inmaterial este orden se expresa en que cada espacio tiene un dueño, este dueño es una fuerza, un espíritu, que a veces es uno, a veces es una familia, a veces animal, a veces persona. Se le conoce a través

de los sueños, a través del trance de la machi, a través del perimontun (visión sobre algo natural), por eso a ningún lugar que se encuentra solo, sea este monte, bosque, río, vertiente no se puede llegar y entrar, o pasar por ahí sin pedir permiso a través de unas cuantas palabras o una pequeña oración, tampoco se puede sacar elementos de ahí como los remedios sin cumplir este requisito, la falta de este requisito que indica la creencia mapuche provoca castigos de estos dueños, manifestados en enfermedades mentales o físicas y que los médicos no logran curar.(Bengoa, 1999 c)

Por lo anterior, también es que se respeta a los animales que en estos lugares habitan, pero también por que existe en la conciencia de que sus vidas son tan importantes como la nuestra, no se les mira como animales, especies de cuerpos caminantes solamente, sino como seres distintos, pero con algunas características humanas, sienten pena, quieren a sus hijos. Solo se mata a un animal cuando es necesario para la vida humana, no por entretenimiento o por que si. De hecho uno de los relatos más hermosos nos habla de que el Mapuche antes conversaba con el puma, y este cuando un guerrero Mapuche estaba perdido, herido después de una guerra, en las montañas, este lo echaba a su espalda y lo encaminaba hasta su ruca.(Curivil, op cit.).

Es importante mencionar que según la cosmovisión Mapuche los muertos no se irían ni al cielo, ni al infierno, solo se irían a otra tierra, esto se manifiesta también a través de las oraciones Mapuches en que también se invocan a los antepasados que estarían un poco mas cerca de los creadores que nosotros, además estos antepasados también tendría la capacidad de entregar sus conocimientos y su fuerza a través de nuestros sueños. (Bengoa; op cit. c)

2.5.- Ceremonias religiosas en la cosmovisión mapuche.

- Gijatun, ceremonia de rogativa masiva para pedir.
- Machitun, ritual de sanación oficiado por la machi
- Wiñol xipantu, celebración por el reconocimiento del año mapuche.
- Eluwun, ceremonia de funeral mapuche.

Nguillatún:

El nguillatún es básicamente un rito de petición de bienestar. Puede pedirse entre otras cosa por el clima, la siembra, las cosechas, para que no haya enfermedades, por la abundancia de alimentos, por fortaleza y vitalidad espiritual. Las razones que llevan a realizarlo son múltiples y de diversa índole. Aun que cada comunidad realiza el nguillatún con cierta periodicidad, que suele ser por al menos una vez al año, puede ser que entes sobrenaturales, a través de peuma (sueño) y perimontun (visiones), indiquen la necesidad de realizar el rito de forma extraordinaria. (Latcham, 1924)

Los nguillatún tienen lugar en un lepún, un sitio especialmente dispuesto y depurado para este fin, y en cuya periferia se distribuyen los concurrentes. En su centro, y a veces también en el sector oriental del campo, se ubica un altar principal (rewe) y generalmente, otro secundario (llangui-llangui). Estos se componen de vegetales, como araucarias, lleuques, perales y manzanas o laurel, maqui y canelo, dependiendo de la zona. Son adornados con banderas que pueden ser amarillas y azules o blancas y negras. (Ibíd.)

Un mínimo de dos y un máximo de cuatro días tiene de duración un nguillatún. Este se compone de una sucesión de varios actos rituales, en su mayoría repetidos varias veces y en los que son centrales los sacrificios de

animales y las ofrendas. El sentido del sacrificio es establecer un vínculo con los dioses, a través de una víctima ofrecida por los hombres. Sus modalidades son muy variables. El rito es encabezado por el ngenpin, ngendungu o nguillatufe, quien en persona o delegando atribuciones en ayudantes, da muerte a uno o varios animales, por lo general corderos, extrayéndoles su sangre y corazones. La sangre se reparte a los congregados para ser depositada en un recipiente. Luego se realizan las ofrendas de bebida ritual acompañadas de oraciones y bailes dirigidos por ngenpinines o machis. El animal puede ser totalmente quemado, o consumido en parte y luego quemado. (Aldunate, 1997)

Es posible que las ceremonias se inician y terminen con un awun (galopes circulares y gritos) destinados a limpiar el lugar. Durante los días que dura el rito se realizan varias series de bailes tregilpurun y amulpurun, este ultimo propio de las mujeres. Los bailes tienen relación con la forma en que se establecen los linajes y descendencias y lo que se canta son los nombres de estos linajes. (Ibíd.)

Machitun:

Ceremonia de diagnóstico y sanación de un enfermo, el machitun es una ceremonia guiada por la machi, mujer elegida por los dioses para ejercer la labor de curandera; el machitun se lleva a cabo generalmente al anochecer, para que el mal se valla junto con el sol. (Latcham, op cit.)

Para iniciar la ceremonia, la machi sube los siete escalones del rewe (puro nuevo), un tronco tallado que en la cima tiene la representación de una figura human con sombrero y junto con los sonidos del kultrún, instrumento de percusión, ingresa a un estado de trance; es en ese estado que la machi se comunica con sus pullu o espíritus, quienes le aclaran sobre el mal del

enfermo y los pasos a seguir para curarlo, generalmente mediante rogativas e infusiones específicas para cada enfermedad. (Ibíd.)

Las machis son desde los tiempos ancestrales en la cultura mapuche las curanderas. Comúnmente ejercían este oficio las mujeres. Eso no descarta la posibilidad de machis hombres, que también existen. Pretendían ser elegidas por un ser sobrenatural, practicaban las curaciones con hierbas, frotaciones, bebidas y algunas con artes de hechicería, (habían machis buenas y malas) y según la cultura mapuche ellas eran intermediarias entre la gente y el mundo de los espíritus. (Bengoa, op cit. b).

A las machis se dirigían los enfermos para buscar alivio a sus males y los que querían que les adviniese o pronosticase tal o cual asunto. El respeto hacia esta autoridad era innegable, destacaba la ciega creencia a ellas, se les pagaba por su trabajo.

Tenían mucha influencia y rango entre los suyos, hacían vida solitaria y se dejaban crecer el pelo y las uñas. Cuando un mapuche se enfermaba de gravedad era llamada la machi, a fin de curar lo que ellos creían un maleficio o daño, para lo cual realizaban un rito de sanación llamado machitun.

Wetripantu:

La fiesta del año nuevo mapuche o conocida como wetripantu es un día sagrado y festivo para los mapuches, que se celebra, invariablemente, cada 24 de junio. Existen varias naciones de los Pueblos originarios de la América Indígena que tienen su propia manera de ordenar el paso del tiempo. Para ellas, un ciclo de tiempo no es una situación consensual arbitraria, sino que esta sustentada sobre el conocimiento compartido que se tiene de la naturaleza. Este conjunto de saberes incluye el estudio y

observación profunda del espacio exterior, en especial del espacio exterior, en especial del movimiento de la luna. (Latcham, op cit.)

El rito anual de renovación del equilibrio de la naturaleza es el momento en que la fuerza propia de vida, de la naturaleza, eleva en la savia de los árboles el nivel molecular y los seres vivientes regulan su pulsación con el ritmo lunar. El mapuche piensa y siente que las aguas traspasadas por la energía magnética de la luna en esa fecha tienen una energía diferente por lo que toda la familia debe armonizarse con la naturaleza por medio del baño de inmersión bajo cualquier condición climática. Es tiempo de armonía familiar y de amistad. El quimun (conocimiento) mapuche en un modelo práctico de Inter relación social y espiritual, no es un evento folclórico. El modelo wetripantu se inserta en la cultura, desde una perspectiva epistemológica, social y espiritual, como columna dinámica unificadora de la sociedad y que mantiene la cohesión y filiación del mapuche con su cultura e identidad. (Ibíd.)

En la memoria psicológica del Pueblo Mapuche permanece hoy en día la idea latente que antes del wetripantu existe la noche más larga del año. Cuando esta llega a su punto máximo se dice que la noche camina de regreso. Wiñol trekatuy pun, este es el momento de un cambio total de la naturaleza, tanto en el cosmos como en la tierra, en consecuencia, el día se alarga o retrocede comparándose este hecho con el paso de un gallo. (Aldunate, op cit.)

Se sostiene que el momento del regreso del sol se produce al terminar la noche del 23 de junio, en el instante en que asoma el sol en el este, este hecho de la nueva salida del sol da paso al nuevo ciclo de vida. Otra de las ideas fundamentales del wetripantu es que junto al inicio del nuevo año, las aguas de diferentes fuentes entran en un proceso de cambio de temperatura,

momento apropiado para bañarse de madrugada, por medio del agua el hombre y mujer vuelven a hermanarse unidos por una misma fuerza llamada newen. (Ibíd.)

Llegada la noche del 23 de junio después de las 22 horas se reúnen las familias en una casa que sea cómoda de espacio y tenga calefacción, de gas, cocina de leña, o fogón. Se van acumulando los alimentos: carne de ave, chanco, vacuno o caballo; muday, multrun, murke, sopaipillas, tortillas, que serán consumidos por todos los asistentes. La persona que no sea capaz de consumir los alimentos servidos, tiene que llevarlos a su casa: la comida no se guarda, se reparte entre los asistentes. (Hauser, et al, op cit.)

Eluwun:

Ceremonia de funeral mapuche, para el mapuche no existe la muerte, cuando su vida material termina, su alma se va a otra vida, a la wenu Mapu, o tierra de arriba, el ser invisible de todo mapuche tiene tres estados el alma, ser inmaterial de todo habitante de la tierra, el espíritu del ser al dejar la vida material, y el estado del alma al viajar a la tierra de arriba o el cielo. (Latcham, op cit.)

La ceremonia del eluwun o ritual funerario tiene como fin asegurar que el alma tenga un viaje sin dificultad a la tierra de arriba, ya que en el transcurso de su viaje, el pullu (espíritu) se encuentra a merced de los kalku (espíritus malignos), entonces el rito se centra en la protección del alma en su viaje a la tierra de arriba donde el antepasado podrá habitar junto a los otros espíritus, para transformarse en mediador de su familia y su lof (comunidad). (Bengoa, op cit.).

1.5- Centro de salud intercultural Consultorio Santiago de Nueva Extremadura, La Pintana.

Para comenzar con el programa que pretende atender y orientar a la comunidad Indígena de la comuna de la Pintana, se iniciara con la inauguración de una ruca, como un espacio de atención para un agente de salud mapuche (machi) y de un vivero para cultivar hierbas medicinales como apoyo a la medicina y validación de su cultura, La Escuela de Enfermería de la Universidad Católica y La Municipalidad de la Pintana pondrán en marcha un Centro de Salud Intercultural, orientado a facilitar la respuesta a los problemas de salud de ese grupo de personas. (Olmedo, et al; op cit.)

La Pintana es una de las comunas que proporcionalmente tiene una mayor población indígena de la Región Metropolitana. El 17 por ciento de sus habitantes son de origen mapuche y la mayor parte de ellos se ubica en el sector de pobreza o extrema pobreza. Diversas investigaciones en la comuna derivadas del proyecto DECIDE, que impulsa la Escuela de Enfermería de la UC y la Universidad de Ottawa, señalan que con frecuencia la población mapuche solicita la atención de un machi que reside en otras comunas o regiones del país, lo que dificulta el acceso e implica gastos de traslado. (INE. op cit. a)

Nació así el proyecto Centro de Salud Intercultural, financiado por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, y ejecutado en el Consultorio Santiago de Nueva Extremadura de esa comuna. Allí, el grupo de profesionales que atiende en ese centro de salud podrá atender y referir personas al machi, como una forma de ampliar las posibilidades de decisión de alrededor de 40 mil personas mapuches que residen en La Pintana. (Olmedo. et al; op cit.)

La idea del proyecto apunta a crear instancias al interior del centro de salud municipal que faciliten la orientación y la solución de los problemas de salud de los mapuches y sus familias.

Para ello el proyecto que impulsa la Escuela de Enfermería y el municipio de la comuna ha implementado una oficina de información para orientar a las personas que lo soliciten, y es atendido por un mapuche bilingüe, de tal manera que la población pueda acceder a recibir atención de salud tradicional y también no tradicional, de acuerdo a las creencias y prácticas de salud de la cultura mapuche.

Se trata de ampliar las posibilidades de decisión de los usuarios, los que podrán acceder a un sistema coordinado de atención que integre la medicina popular y la científica. (Ibíd.)

1.5.1.- Objetivo General del Proyecto.

Facilitar la integración de las estrategias de resolución de los problemas de Salud tradicional y no tradicional.

1.5.2.- Breve Descripción del Proyecto.

Crear instancias para facilitar la orientación, interrelación y comunicación de los Mapuches y sus familias, a través de:

La implementación de una oficina de información y orientación atendida por un facilitador intercultural, un espacio destinado a la atención de un agente de Salud Mapuche (machi), la creación de un vivero para cultivar hierbas medicinales como apoyo a la medicina mapuche, como también la constante capacitación de funcionarios del Centro de Salud, facilitador

y machi, en las practicas y creencias de Salud de la Cultura mapuche y del Funcionamiento del sistema tradicional. (Ibíd.)

Se trata de ampliar las posibilidades de decisión de los usuarios, siendo responsabilidad individual acudir a uno u otro sistema.

1.6.- Atención de salud.

Los profesionales de la Salud pueden referir personas al machi y esté a los profesionales de Salud, la idea es vincular las dos formas de atención y orientación en materia de salud, todo esto a través de un sistema coordinado de atención que integre la medicina popular y la científica.

a) Descripción de la región y la comunidad donde se realiza el programa:

La Pintana es una comuna con alta población Indígena de la Región Metropolitana, según censo 1992, el 10% de sus habitantes son de origen mapuche. Para responder a los temas de esta población, en la estructura formal municipal existe una oficina Municipal de asuntos Indígenas, la población mapuche solicita la atención de un machi que atiende en otras comunas o Regiones del País.

b) Necesidades prioritarias para el desarrollo del proyecto:

El proyecto para poder funcionar en términos de su ejecución requiere de financiamiento básico y este es para:

- La capacitación
- La difusión de la cultura mapuche

- La creación de un vivero de plantas medicinales.

c) Obstáculos y riesgos más importantes:

El primer obstáculo sería sobrepasar la legalidad del código sanitario, a raíz de la atención del Machi, el cual no tiene un reconocimiento y/o respaldo legal para el ejercicio de su actividad. Este aspecto estará resguardado por, en primer lugar por la orientación del facilitador de salud intercultural, además de la existencia de un consentimiento informado, respecto del programa y sus orientaciones técnicas, tanto en la atención de los temas de salud como también de los procesos de tratamientos de estos, y por último un constante apoyo de la encargada del Programa de Salud Intercultural del Minsal. (Ibíd.)

d) Participación de los beneficiarios en la planificación del proyecto:

El proyecto se construyó con la activa participación de:

- 3 Organizaciones Mapuches
- El Director del Centro de Salud
- El jefe de la oficina de asuntos Indígenas de la comuna de La Pintana
- El Director de Servicios Municipales de Salud y Educación.

e) Implementación del proyecto:

Escuela de Enfermería: Coordinación general del proyecto, que implica la responsabilidad en:

El manejo del presupuesto que contemple el Programa de salud intercultural, las rendiciones y los gastos de insumos básicos que este

requiera, por otra parte también se hará cargo de el desarrollo y proceso evaluativo del proyecto, en términos de Medición de impacto y resultados obtenidos por la implementación de dicho programa, también de la coordinación y dirección en el proceso de capacitación de los profesionales que allí funcionen, otra de las responsabilidades corresponderá el diseño y producción del manual de hierbas medicinales, en términos de su uso y beneficio, también deberá colaborar en el proceso de difusión del centro , y por ultimo tendrá la responsabilidad en la elaboración de informes parciales y final, y de la publicación de los resultados. (Ibíd.)

Municipalidad de La Pintana:

Oficina de asuntos Indígenas, tendrá como responsabilidad fundamental colaborar con la difusión del centro de salud intercultural, aportar en la elaboración y ejecución de los talleres de implementación del vivero de plantas medicinales, como también colaborar en los talleres de capacitación para funcionarios del centro de salud intercultural. (Ibíd.)

Consultorio: responsabilidad en la coordinación general del centro intercultural y favorecer la interrelación y comunicación de los equipos, lo que implica:

El consultorio de salud Santiago de Nueva Extremadura deberá proporcionar la infraestructura necesaria para el funcionamiento del centro de salud, además de otorgar recursos humanos (profesionales de salud, y honorarios para el agente de la medicina mapuche), y también proporcionar el terreno para la construcción del vivero de plantas medicinales. (Ibíd.)

Comunidad Mapuche será responsable de:

Colaborar en la mantención del vivero de plantas medicinales, aportar en la difusión de la cultura mapuche, Participar en las capacitaciones de sensibilización en la temática Indígena, aportar también en la difusión del centro de salud intercultural, y por ultimo colaborar en los talleres de capacitación para los funcionarios del centro de salud intercultural. (Ibíd.)

f) Sustentabilidad a un plazo de tres años:

El Municipio esta empeñado en constituirse como una institución capaz de contener la diversidad cultural propia de su comuna, es decir hacerse cargo de las demandas que el programa genera debido a su implementación, además de instalar como exigencia básica en sus programas la incorporación de la diversidad en la formalidad municipal, esto quiere decir que tiene que generar una opción intercultural en salud, que permita reconocer esta iniciativa como una forma viable y responsable de entender y atender la salud de la población Indígena y no Indígena de la comuna, por tanto si esto se cumple las tasas de cobertura y eficacia, el Municipio debiera asumir la continuidad del financiamiento y ejecución del programa de salud intercultural de la comuna. (Ibíd.)

Costos del proyecto:

- Presupuesto total: \$ 20.904.444
- Contribución del Fondo Canadiense \$ 6.960.000

Plan operativo y plazos previstos:

- Capacitación: aproximadamente, 8 cursos taller, participaran Profesionales de la salud, el facilitador intercultural y el Machi, se prevé un plazo de cuatro meses, para el desarrollo de dos talleres mensuales.
- Vivero de plantas medicinales: se construirá e implementara durante los dos primeros meses de iniciado el proyecto.
- Implementación para atención del Machi y facilitador, esta actividad se desarrollara en los tres primeros meses de iniciado el proyecto.
- Sistema de atención intercultural (profesionales y machi), se iniciara una vez que la capacitación haya terminado.
- Evaluación: Se realizara durante todo el proceso.
- La evaluación final será en el último trimestre del proyecto. (Ibíd.)

Resultados esperados:

❖ Resultado numero 1:

Integración de las estrategias tradicionales y no tradicionales para la resolución de salud.

- Satisfacción usuaria
- Capacitación del recurso humano
- Indicadores de cobertura

❖ Resultado numero 2:

Puesta en marcha, mantención y difusión del vivero de plantas medicinales

- Uso de las hierbas como apoyo a indicaciones del machi.
- Difusión.
- Indicadores de cobertura.

- ❖ Otros resultados: difusión de la experiencia

- Numero de instituciones o grupos que se interesen por conocer las actividades del centro

- Numero de publicaciones que se generen en torno a la experiencia.

En términos de proyección a partir de ser esta una de las primeras iniciativas que favorezcan el desarrollo del programa de salud intercultural, se puede desprender que la población usuaria genera un alta demanda e interés por dicho programa y los profesionales del área de la salud encuentran un nuevo nicho de desarrollo y complementación entre dos formas distintas de entender la salud y la medicina, en un marco de salud comunitario que implica involucrar a los propios usuarios en temas de atención y solución de demandas saludables para la comuna, se podría entonces mencionar que esta experiencia sirvió de base para le programa de salud intercultural de la región metropolitana.

TERCERA PARTE

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO IV

CONDICIONES DE VIDA DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL DE LA COMUNA DE LA PINTANA.

El siguiente capítulo tiene por objetivo exponer los resultados respecto de las temáticas analizadas en esta etapa de la investigación, ya que tiene relación con las dimensiones que se consideran pertinentes de estudiar, con el objeto de describir el fenómeno del Programa de Salud Intercultural en el consultorio de Salud primario Santiago de Nueva Extremadura en la Comuna de La Pintana. Las cuales están relacionadas con: Individualización de los sujetos que pertenecen al programa de salud intercultural, actividad económica, empleo, ingresos, situación de salud y percepción sobre el programa de salud intercultural.

Se analiza respecto de caracterización de las condiciones de vida de las personas Indígenas y no Indígenas atendidas en el Programa de Salud Intercultural de la Comuna de la Pintana. Teniendo presente lo señalado en el párrafo anterior se hizo necesario indagar en aspectos más específicos (subdimensiones) tales como: Sexo del entrevistado, edad, pertenencia étnica, estado civil, cual es su grupo familiar (con quien vive), nivel educacional, profesión u oficio, situación laboral, jefatura de hogar del entrevistado, ingreso promedio mensual, tipo de previsión, pertenencia en salud, frecuencia en asistencia a los servicios de salud, tipo de atención recibida, motivo de asistencia al programa de salud intercultural, calificación del programa de salud intercultural, satisfacción de la atención recibida, opinión del proceso de integración y valorización de la diversidad cultural que genera el programa de salud intercultural. Para así describir las características de las condiciones de vida de las personas indígenas y no indígenas atendidas en el programa de salud intercultural de la comuna de la

Pintana. Y si este propicia un proceso de integración y valorización de la diversidad cultural.

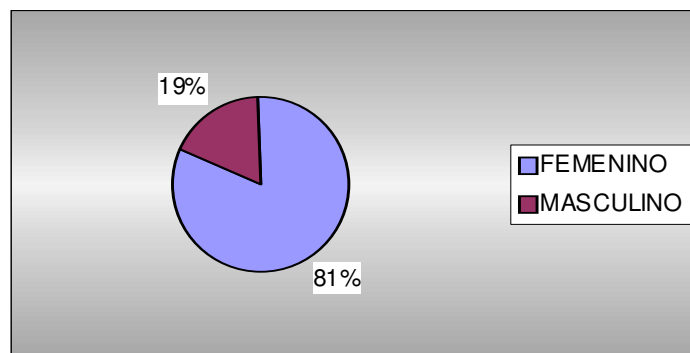
Indagar respecto de cuales son las tendencias que presentan nuestros sujetos de estudio, analizar sus características, respecto de la condición de género de los asistentes, sus edades, sus motivaciones y principalmente por que asisten y participan de este programa de salud intercultural.

1.- Caracterización individual y socioeconómica.

Para la investigación es necesario conocer y determinar cual es la tendencia en cuanto a que género participa con mayor frecuencia, y hace uso del programa de salud intercultural, con este dato podré describir de mejor manera los objetivos e hipótesis planteadas, ya que es importante analizar los resultados obtenidos y así contextualizar el tipo de personas que participan de esta iniciativa de salud intercultural.

Gráfico N° 1

Sexo de los asistentes al programa de salud intercultural.



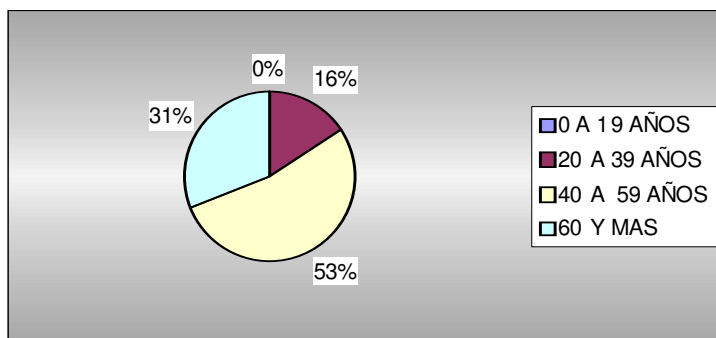
Fuente: Investigación Directa

El sexo de los asistentes al programa de salud intercultural nos arroja lo siguiente un ochenta y un por ciento corresponden a mujeres y el

diecinueve por ciento representan a hombres. La proporción de mujeres que participa del programa de salud intercultural en la comuna de la Pintana, es mucho mayor a la población masculina. Esta población es la que asiste en mayor cantidad que la población masculina, y esto se debe principalmente por factores como; el horario en que se realizan las atenciones, ya que estas se realizan en días de semana, con un horario que fluctúa entre las tres y seis de la tarde. Por tanto otro factor importante que incide en este aspecto, dice relación con el tema de que a los hombres se les hace difícil desvincularse del rol de sostenedor que socialmente se le ha asignado, pues aún se tiene la concepción machista del hombre como proveedor, por tanto el género femenino supera ampliamente a los varones que asisten al programa de salud intercultural de la comuna de la Pintana, claramente estamos en presencia de una tendencia mayoritaria de mujeres, quienes participan en distintas etapas del proceso de atención del programa en estudio.

Gráfico N° 2

Edades de los asistentes al programa de salud intercultural.



Fuente: Investigación Directa

El cuadro anteriormente expuesto nos entrega datos relevantes respecto de las características de los asistentes al programa de salud intercultural en cuanto a la edad, uno de ellos es que no existen jóvenes que

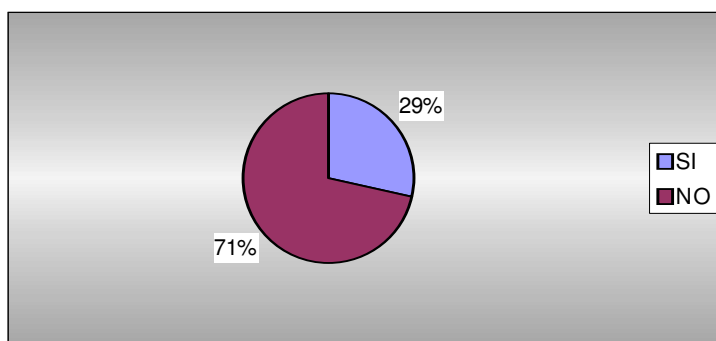
sean beneficiarios de dicho programa, esto puede ser considerado debido a las escasas tasas de participación social que tienen los jóvenes en nuestro país, otro aspecto relevante dice relación con que una tendencia importante de un grupo etáreo de la población asistente al programa de salud es que un ochenta y cuatro por ciento de los entrevistados corresponden a adulto y adultos mayores, es en estos grupos en los que se concentran la mayor cantidad de los asistentes.

En relación a la edad de los entrevistados, el treinta y un por ciento de los consultados corresponden a personas que fluctúan entre los 60 y más años de edad, el cincuenta y tres por ciento de los entrevistados corresponde a personas que fluctúan entre los 40 a 59 años de edad, el dieciséis por ciento de los entrevistados corresponde a personas que fluctúan entre los 20 a 39 años de edad, y el cero por ciento arroja la nula o inexistente cantidad de población perteneciente al rango etáreo cuyas edades fluctúan entre los 0 a 19 años de edad.

El cuadro expuesto según nuestra fuente de investigación nos arroja una participación importante de un grupo de la población que fluctúa entre las edades de 40 a 59 años (53%), por tanto podríamos inferir que las personas con edad más avanzada, es más asidua a participar de estos programas de salud intercultural, lo que sin duda se puede relacionar con la posibilidad de encontrarse en esta etapa sin una actividad laboral estable, otro factor que incide dice relación con la situación de salud, ya que a medida que avanzamos de edad, nuestro sistema inmunológico se va deteriorando de acuerdo a los antecedentes recabados por la medicina clásica. La que también dice que mientras más avanzados de edad, nuestros cuerpos cambian. No tenemos la misma habilidad para reparar los daños a los tejidos y crear huesos como la teníamos durante nuestra juventud. El apetito y el sentido de sabor a menudo disminuyen, resultando en menos que una

nutrición óptima. Los desórdenes tal y como la osteoporosis, la pérdida de la memoria y las cataratas, aunque no son inevitables, se hacen más probables. Las personas mayores de edad tienen preocupaciones especiales y necesidades especiales. Otro dato importante de rescatar dice relación con un aumento considerable en la cantidad de asistentes al programa de salud intercultural, cuyas edades se encuentran en el rango de 20 a 39 años, lo que sin duda nos presenta un nuevo panorama en el cual cada vez personas mas jóvenes son usuarios de esta iniciativa de salud.

Gráfico N° 3
Pertenencia a alguna etnia de los asistentes al programa de salud intercultural.



Fuente: Investigación directa

Los datos aquí extraídos nos muestran una mayoría absoluta de se los usuarios que plantea que no pertenecen a ninguna etnia, esto también se puede traducir en un desafío para los responsables de este programa, ya que no solo deben centrarse en la atención medica, si no que también es importante la entrega de información y educación respecto de la cultura y la calidad Indígena.

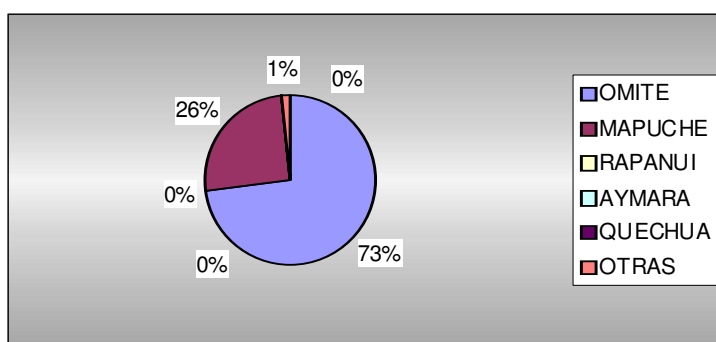
El Gráfico nos hace la referencia a la pertenencia étnica de los asistentes al Programa de Salud Intercultural que se desarrolla en la Comuna

de La Pintana, los entrevistados respondieron lo siguiente, de las 100 consultas, el veintinueve por ciento, respondieron que pertenecían a alguna etnia y el setenta y un por ciento, de las personas contestaron que no pertenecían a ninguna etnia.

De lo anterior podemos desprender, que la gran mayoría de los asistentes al Programa de Salud Intercultural que se desarrolla en la Comuna de La Pintana, se declaran no pertenecientes a ninguna etnia, lo que sin duda nos permite inferir que tal vez no existe mayor información respecto de la calidad indígena y no indígena, ya que además este programa no es exclusivo del mundo indígena, por tanto todas las personas tienen la misma probabilidad de asistir a dicho Programa, por ende este dato no es menor, ya que habla que no existe discriminación para ninguna persona que quiera usar esta medicina alternativa concentrando un porcentaje bastante amplio, setenta y un por ciento de Personas que declararon no pertenecer a la etnia Indígena, es la primera aproximación de nuestro estudio la integración y participación abierta de la comunidad.

Gráfico N° 4

Etnia de los asistentes al programa de salud intercultural.



Fuente: Investigación directa

Los datos anteriores nos entregan una clara tendencia de baja participación e información respecto de las personas declaradas pertenecientes a alguna etnia, ya que podemos destacar que no existen personas de otras etnias, esto puede ser debido a que es un programa que plantea la medicina mapuche, es decir la cosmovisión mapuche respecto del tema de la vida, la educación y la salud, por tanto podríamos decir que las otras etnias existentes en la comuna, no existen o no participan de la forma de entender la medicina mapuche.

En el gráfico se consulta por la etnia a la que pertenecen los asistentes al Programa de Salud Intercultural que se desarrolla en la Comuna de la Pintana, de un cien por ciento, el setenta y tres por ciento omite la pregunta, un veintiséis por ciento se declaran pertenecientes a la etnia mapuche, un uno por ciento responde que a otras, es decir, una persona plantea que es de otra etnia sin mencionar a ninguna otra definida por el cuestionario.

Existen diversas variables para poder interpretar los datos expuestos en la tabla sobre pertenencia étnica, ya que podemos observar que una proporción importante de los entrevistados omite su respuesta, lo que sin duda se puede interpretar como desconocimiento o dificultad al asumir su condición de indígenas, ya que existe una importante situación de discriminación para con las personas con calidad de indígenas, el veintiséis por ciento de los entrevistados se declara perteneciente a la etnia mapuche, lo que nos indica claramente que una de las mayorías a nivel regional de concentración de población indígena se encuentra en la comuna de La Pintana, ya que según los datos de la Población Indígena obtenidos a través del Censo de Población del año 2002, se puede contrastar de la siguiente forma. (INE, op cit. b)

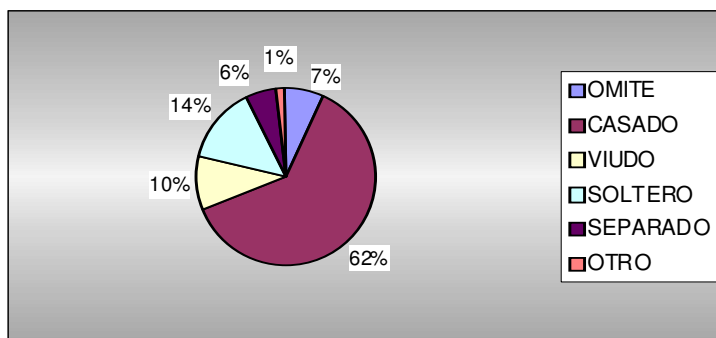
Se percibe una presencia indígena de alrededor del 6,2 % con respecto al total de La Pintana. El grupo con mayor presencia es el Mapuche, con 11.651 individuos que corresponden a un 98,3 % del total de la población indígena en la comuna. Asimismo la presencia Mapuche en relación a la región metropolitana de Santiago es de un 6,4 %.

En los diferentes grupos étnicos la variación entre sexos es leve, debido en gran parte a las bajas cantidades de población indígena en la comuna. Sin embargo dentro de la etnia Mapuche se distingue una variación de 189 hombres por sobre las mujeres, lo que sin embargo corresponde a una variación porcentual muy pequeña. Esto nos refleja que la realidad en cuanto a cantidad de población indígena de la Comuna de La Pintana es proporcional en términos de población y participación en el Programa de Salud Intercultural que se desarrolla en el Consultorio Santiago de Nueva Extremadura. (Ibíd.)

Otro elemento importante a considerar para comprender la tendencia mayoritaria que no responde la pregunta, debido a la presunción del desconocimiento o rechazo a la condición étnica preponderante en la comuna, es la falta de información en los espacios primarios de traspaso cultural como; la familia y la escuela, es por ello que se debe educar a la población chilena respecto del ser mapuche en nuestra sociedad, ya que con esto existen deberes y derechos como todos los ciudadanos.

Gráfico N° 5

Estado civil de los asistentes al programa de salud intercultural.



Fuente: Investigación directa

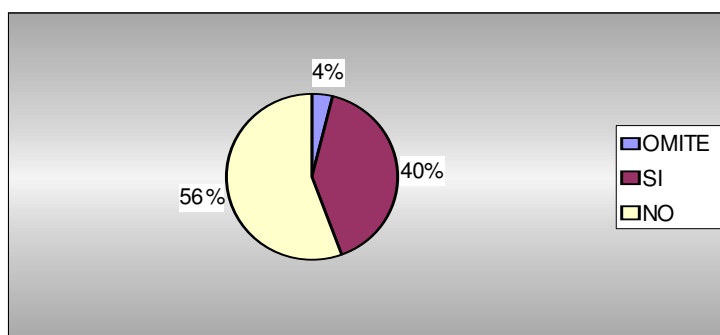
Es importante analizar el fenómeno del estado civil de los participantes del programa de salud, ya que existe una tendencia mayoritaria de personas que declaran encontrarse acompañados al momento de ser consultados por su participación en el programa, esto nos entrega una claridad respecto de cómo esto facilita al traspaso de información respecto de este programa y esto nos permite identificar este dato como una posibilidad de aumento en la demanda de dicho programa de salud.

El gráfico también, nos expone en sus resultados que el estado civil actual de los asistentes al Programa de Salud Intercultural que se desarrolla en La Comuna de La Pintana. Mediante ello se puede aseverar que el sesenta y dos por ciento, de las personas entrevistadas contestaron que su estado civil es casado, el catorce por ciento, de los entrevistados es soltero, un diez por ciento declara que su estado civil es viudo, un siete por ciento omite o no contesta la pregunta, un porcentaje del seis por ciento, de las personas entrevistadas mencionaron que su estado civil es Separado, y un uno por ciento menciona que su estado civil es otro (convivencia).

Existe un dato importante de destacar, que nos muestra este cuadro el cual indica que aproximadamente un treinta por ciento de los individuos consultados se encuentran en una situación de soltería, separación o viudez, lo que sin duda nos muestra que este programa se puede transformar en un espacio de atención cercana para estas personas.

De los datos expuestos, se deriva que un poco más de la mitad de la muestra encuestada representada por sesenta y dos personas (62%), se encuentran acompañados ya sea por su esposo (a), un veinte por ciento se encuentra situación de soltería o viudez, lo que sin duda nos genera una expectativa importante al momento de inferir en cuanto al traspaso de la información respecto del programa de Salud Intercultural, lo que sin duda podría aportar al ingreso de diferentes personas sin calidad o requisito en cuanto al tema del Estado Civil, lo que podría incidir en el aumento de la demanda de la población Comunal, según los datos del Censo de población del año 2002, en el que 24.172 personas de ambos sexos declararon que mantienen familias en relación de convivencia, esto se desprende de una población total consultada de 190.085 individuos entre hombres y mujeres.

Gráfico N° 6
Actividad económica, empleo e ingresos.



Fuente: Investigación directa

Existe una importante mayoría de los sujetos consultados que se encuentran sin ninguna profesión u oficio, lo que sin duda nos permite inferir que los asistentes a este programa son personas que carecen de una preparación técnica menos profesional, no obstante hay una tendencia importante de personas que declaran poseer profesión u oficio, lo que nos presenta un cuadro bastante diverso en cuanto a la preparación técnica o profesional de los usuarios del programa de salud.

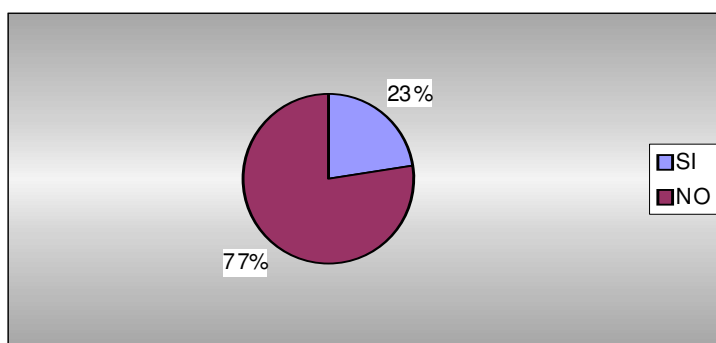
De acuerdo a lo datos obtenidos en los gráficos anteriores, también podemos relacionar que como la mayoría de los asistentes a este programa de salud intercultural son mujeres y adultos mayores, generalmente estos grupos de género y etáreos, no poseen desarrollo profesional o técnico importante, esto de acuerdo a su etapa de vida, y además de la situación de las mujeres en la sociedad actual, las que recién se están insertando con fuerza en los espacios sociales que antes solo correspondían a hombres.

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 6, los entrevistados al ser consultados respecto de si poseen alguna profesión u oficio, el 56 por ciento de las personas respondieron que no poseen ningún tipo de profesión tampoco oficio, el 40 por ciento de los entrevistados, mencionan que si tienen profesión y oficio, además podemos visualizar en el cuadro anteriormente mencionado que un 4 por ciento de los entrevistados omite esta pregunta.

De acuerdo a la información recopilada, se puede desprender que más de la mitad de los entrevistados no posee ninguna profesión ni oficio, lo que sin duda nos aporta un dato muy importante al momento de identificar cual es el tipo de individuos que se atienden en el Programa de Salud Intercultural, el 4% que omite esta pregunta, nos entrega un indicador importante también al momento del análisis respecto del manejo que nuestros entrevistados mantienen de su situación personal. Por otra parte

también se puede desprender que no existe un grupo en términos de porcentaje que sobre pase de manera muy amplia entre un tipo de individuo que declara tener profesión y los que declararon no tener profesión, se mantiene la inclusión de los usuarios, en términos de que no existe discriminación al momento de acceder a este Programa de Salud Intercultural.

Gráfico N° 7
Condición laboral.



Fuente: Investigación directa

En el siguiente gráfico podemos observar cual es la situación laboral de nuestros entrevistados, correspondiendo al setenta y siete por ciento, de la muestra total, nos indica que en estos momentos no posee actividad laboral remunerada y estable, sólo un veintitrés por ciento de las personas de nuestra muestra nos indica que mantienen actividad laboral estable y remunerada.

Con toda esta información podemos inferir que la situación laboral de nuestros entrevistados no es muy favorable en cuanto a mantener un trabajo estable y remunerado, esto podría conllevar a empeorar la situación económica y de salud de las personas asistentes al Programa de Salud Intercultural.

Otro de los factores importantes al momento de analizar esta pregunta dice relación con la características socio económicas de la comuna de La Pintana, la cual según el último Diagnostico Social elaborado por la Escuela de Antropología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano durante el año 2008, arrojó los siguientes datos que a continuación se expondrán con la finalidad de aclarar de mejor manera la situación actual laboral de La comuna de La Pintana, y además de los usuarios que participan del Programa de Salud Intercultural. (Olmedo, et al; op cit.)

La tasa de participación laboral representa el porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra en la fuerza de trabajo (ocupado o desocupado). Esta tasa de participación de los hombres en La Pintana es superior a la de las mujeres, con valores de 77% y 43% respectivamente. En todas las variables La Pintana presenta tasas de desocupación y cesantía sustancialmente mayores a las del Gran Santiago.

Por tanto podemos darnos cuenta que la tasa de participación laboral es mayor en cuanto al género masculino que al de las mujeres, eso nos entrega una directa relación con nuestra fuente de Investigación directa, la cual nos arroja que las mujeres se encuentran en menor situación laboral estable y remunerada. Los porcentajes nos entregan una relación en hombres de un 73 % a diciembre del año 2008, y de un porcentaje de 43 % de participación laboral femenina al mismo mes y año. (INE, op cit.b).

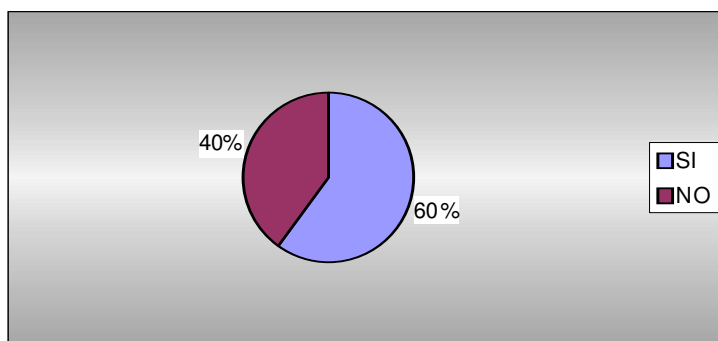
En La Pintana, la tasa de desocupación de hombres, mujeres, fuerza de trabajo primaria y secundaria es superior al promedio de las comunas del gran Santiago. Además la incidencia de la cesantía es mayor en mujeres que hombres.

En cuanto a tasa de desocupación que se expone en la cita anterior, nos demuestra nuevamente que en cuanto al fenómeno de la cesantía, en

esta comuna son las mujeres las que poseen el nivel más alto en comparación con los hombres, además podemos inferir que en relación a otras comunas de Santiago. La Pintana se encuentra con una tasa de cesantía de un 29% entre hombre y mujeres, esto relacionado con un 23 % del total de las comunas del gran Santiago, todos estos datos obtenidos en diciembre del año 2005 (Ibíd.).

En síntesis existe una mayoría bastante clara que se encuentra en una situación de desocupación laboral, que sin duda aporta al indicador de asistencia a este programa, ya que el horario de funcionamiento es diurno, martes y jueves de 14: 00 a 18:00 horas, horario claramente laboral en nuestro país.

Gráfico N° 8
Jefatura de hogar.



Fuente: Investigación directa.

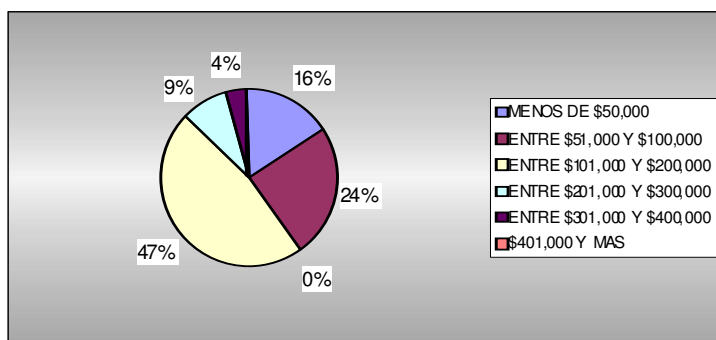
La jefatura de hogar preponderante de nuestros sujetos de investigación es muy alta, esto puede entenderse de acuerdo a la información entregada en los cuadros anteriores en los que se hace mención a la situación laboral de los entrevistados, los que sin duda plantean que más de un setenta por ciento, se encuentra sin ocupación laboral permanente, por

tanto existe una tendencia mayoritaria de hogares que se encuentran en situación de pobreza.

En relación con el gráfico expuesto se argumenta que del total de los encuestados, el sesenta por ciento de las personas atendidas en el programa de Salud Intercultural se declaran en condición de Jefes de Hogar, todo esto versus el cuarenta por ciento de los entrevistados, atendidos en el Programa de Salud Intercultural, quienes plantean que no ostentan la calidad de Jefes de Hogar.

Los datos anteriormente mencionados nos entregan una fotografía de la condición de Jefatura de Hogar de acuerdo a nuestra muestra, la que sin duda, nos arroja que la gran mayoría de los asistentes al programa de Salud Intercultural, se autodenominan a cargo de sus grupos familiares, lo que pudiese tener una doble lectura, ya que en la pregunta anterior el 77 % de los entrevistados nos indicaban que no se encontraban con actividad laboral estable, por tanto la situación económica de nuestros entrevistados no sería óptima, considerando la información de la encuesta Casen año 2006, la cual plantea que en La Región Metropolitana se concentra 534.162 personas en calidad de Pobres no Indigentes, y en nuestra comuna de estudio (comuna de La Pintana) corresponde al 17.2 %, de dicho monto.

Gráfico N° 9
Ingreso promedio mensual.



Fuente: Investigación directa

El ingreso promedio mensual de nuestros sujetos de investigación, califica en un cuarenta por ciento en pobres y extrema pobreza, ya que perciben hasta \$ 200.000 mensuales, lo que sin duda nos muestra que sus ingresos son de una tendencia bastante baja, esto por cuanto nos permite coincidir con las preguntas anteriores que nos muestran una cesantía de mas menos setenta por ciento de los entrevistados.

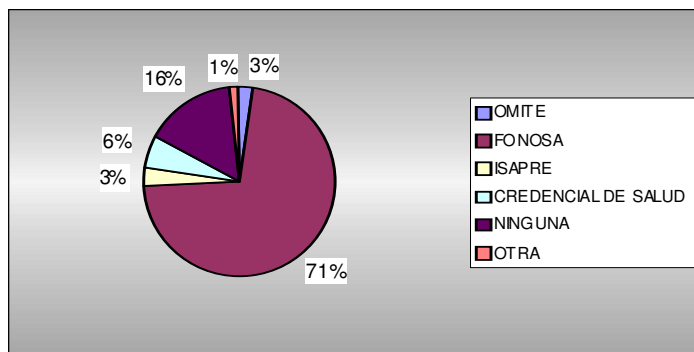
En este gráfico, se consulta a los participantes de nuestra muestra, cuál es el ingreso promedio mensual, y de acuerdo a las respuestas estos son los resultados, el cuarenta y siete por ciento, nos plantea que su ingreso mensual es entre \$ 101.000 y \$ 200.000, el veinticuatro por ciento de los entrevistados menciona que su ingreso mensual promedio es entre \$ 51.000 y \$ 100.000, el dieciséis por ciento nos plantea que su ingreso mensual promedio es de menos de \$ 50.000, un porcentaje del nueve por ciento, nos indica que su ingreso promedio mensual se encuentra entre \$ 201.000 y \$ 300.000, y un cuatro por ciento de los entrevistados nos indica que su ingreso mensual se encuentra entre \$ 401.000 y más.

De acuerdo al gráfico a estos datos podemos inferir que casi el 50 % de nuestra muestra al ser consultados nos plantean que su ingreso mensual se encuentra entre \$ 101.000 y \$ 200.000 y si esto lo relacionamos con el ingreso mensual autónomo de la Comuna de La Pintana según la encuesta Casen del año 2006, la cual nos indica que el ingreso promedio mensual de los habitantes de la comuna es de \$ 403.495. Se hace necesario mencionar que el ingreso autónomo Per cápita del hogar, es el cociente entre el ingreso autónomo del hogar y el número de personas que constituyen ese hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro (Casen 2006).

2.- Situación de salud.

La presencia de una enfermedad se puede detectar de varias maneras, la falta de salud no sólo se manifiesta con la presencia de dolor, ya que el dolor es sólo la maduración de la enfermedad que ha entrado en la vida del individuo. La enfermedad es un ente vivo que entra hasta el organismo de la persona, se alimenta de ella y, por tal razón, se desarrolla mientras la persona se debilita. Pero la enfermedad, como todos los seres vivos, tienen un origen y un contexto, y es en éste marco conoceremos la situación de salud y el estado situacional social de los usuarios del programa de salud intercultural del consultorio Santiago de Nueva Extremadura en la Comuna de la Pintana.

Gráfico N° 10
Tipo de previsión.



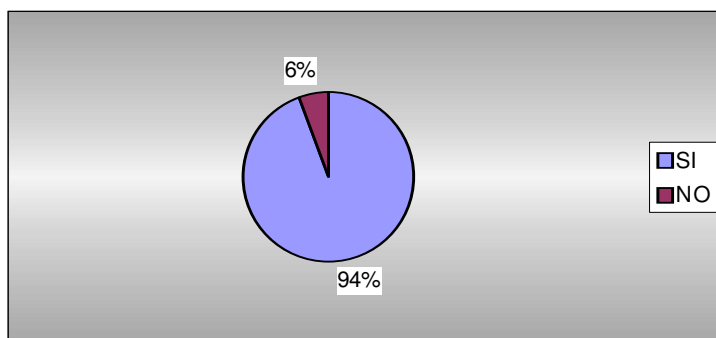
Fuente: Investigación directa

Una tendencia mayoritaria de nuestros sujetos de estudio nos revela que se encuentran cubierto por el fondo nacional de salud (fonasa), no obstante, en nuestros sujetos de estudio existen personas que se encuentran cubiertas por Isapres y previsiones, lo que nos indica por una parte que no existe discriminación para poder asistir al programa de salud intercultural, y por otra parte que la población que reside en la comuna de la Pintana, también se preocupa por el tema de salud y además se encuentran con el beneficio de atención en salud.

De acuerdo al gráfico expuesto, en el cual consultamos a nuestra muestra respecto de qué tipo de previsión poseen, estos nos responden lo siguiente: un porcentaje del setenta y un por ciento responden que su situación de salud está cubierta por el Fondo Nacional de Salud, un dieciséis por ciento nos indica que no posee previsión en salud, el seis por ciento posee credencial de salud del consultorio santiago de la nueva Extremadura de la comuna de La Pintana, un tres por ciento posee Isapre, y otro tres por ciento omite esta consulta.

En relación a los datos obtenidos, podemos mencionar que un porcentaje bastante alto (77%) de los asistentes al Programa de Salud Intercultural están siendo protegidos por el sistema de Salud Público, y nos encontramos con un número no menor de consultados que nos indican que poseen sistema de protección de Salud en el área privada, si esto lo comparamos con los datos que nos arroja la encuesta Casen año 2006, respecto de la situación de Salud de la Comuna de La Pintana, la cual es de un ochenta y siete por ciento que mantiene situación de salud en el sistema público, un cuatro como dos por ciento posee Isapre y un ocho coma tres por ciento posee sistema de salud particular y otros. Con esto podemos inferir que la mayor población de la comuna y que además asiste al programa de Salud Intercultural esta siendo protegida por el sistema de Salud Pública.

Gráfico N° 11
Pertenencia a algún consultorio.



Fuente: Investigación directa

Es una tendencia constante de nuestros sujetos de investigación el pertenecer a la oferta pública de atención en salud y en este cuadro esta bastante claro, ya que la gran mayoría pertenece a los consultorios de salud primarios de la comuna, y un numero mucho menor no pertenece a esta

instancia, lo que indica que nuevamente que no existe discriminación por participar de este programa de salud intercultural.

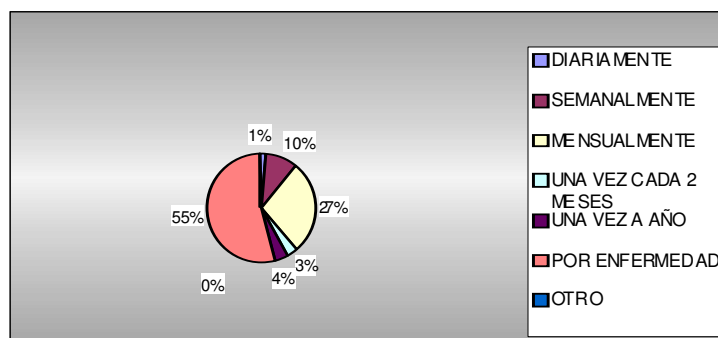
En el presente gráfico, el cual consulta respecto de la pertenencia a algún consultorio de Salud primaria de la comuna, los asistentes contestaron lo siguiente: un noventa y cuatro por ciento de los entrevistados respondieron que si pertenecían a un consultorio de Salud Primaria de La Comuna, un seis por ciento de los consultados respondió que no pertenece a ningún consultorio de la comuna.

Si tomamos en cuenta los datos obtenidos, podemos inferir claramente que la mayor parte de nuestros entrevistados, asistentes al Programa de Salud Intercultural pertenecen a los consultorios de Salud Primaria de la comuna, lo que nos indica también que nuestra muestra se encuentra habilitada para nuestro estudio, ya que participan de los dos tipos de atención que se produce en el mismo Consultorio, y que además en el Programa de Salud Intercultural no se excluye a las personas que no pertenecen a los consultorios de Salud primaria de la Comuna de La Pintana, por consiguiente se estaría cumpliendo con uno de los objetivos centrales de esta iniciativa que plantea el tema de la integración y valoración de la diversidad cultural de personas indígenas y no indígenas en la salud primaria, en el encuentro de dos formas de atender y entender la salud.

Los sujetos de investigación, en su mayoría no presentan un comportamiento permanente en cuanto a las visitas a los consultorios de salud primaria, lo que sin duda nos refleja una carencia en la participación de procesos de salud, esto nos permite inferir que por el comportamiento de los asistentes a estos servicios, no funcionan los tratamientos y se generan mayor demanda y asistencia de personas que ya han sido atendidas.

Gráfico N° 12

Frecuencia de visita al Consultorio de Salud Primaria.



Fuente: Investigación directa

El gráfico nos muestra cuál es la frecuencia de asistencia al consultorio de Salud Primaria de los asistentes al Programa de Salud Intercultural y según los datos obtenidos estos son los siguientes: el cincuenta y cinco por ciento de los entrevistados declaró que asiste solo cuando necesita atender alguna enfermedad específica, el veintisiete por ciento de los entrevistados declara que asiste al consultorio de Salud Primaria en forma mensual, el diez por ciento de los consultados nos indica que asiste al consultorio en forma semanal, un cuatro por ciento de los consultados nos indica que asiste anualmente al consultorio de salud primaria, un tres por ciento nos arroja que su asistencia al consultorio es cada dos meses y solo un uno por ciento declara que su asistencia al consultorio de Salud Primaria es por otro tipo.

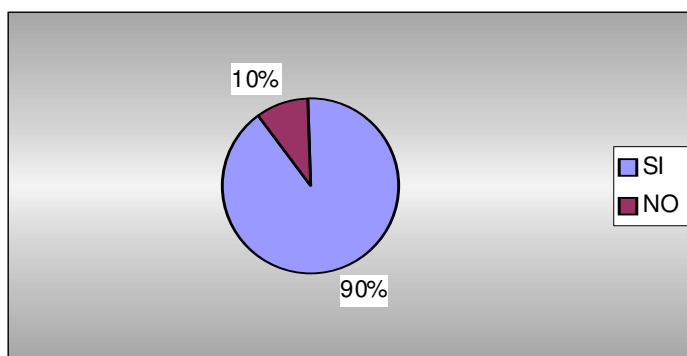
Estos datos nos demuestran que los asistentes al programa de Salud Intercultural, están vinculados permanentemente con el consultorio que es una opción importante al momento de atender sus situaciones de Salud, y que estas asistencias en mayor porcentaje se debe a consultas por alguna enfermedad en particular, refiriéndose a que los consultorios de Salud Primaria absorben casi la totalidad de las situaciones de Salud de la

Población de la Comuna en estudio, por tanto también podríamos inferir que la interculturalidad se estaría produciendo, ya que los entrevistados pertenecen a los dos sistemas de atención en Salud.

Existe una marcada mayoría la cual se encuentra inserta ya en este programa de salud, no obstante también existe un número de nuestros consultados que aún no pertenecen a este. Esto nos indica que existen listas de espera para el ingreso a dicho programa y que hay una tendencia importante al aumento de la demanda de atención del programa de salud intercultural.

Gráfico Nº 13

Pertenencia al programa de Salud Intercultural.



Fuente: Investigación directa

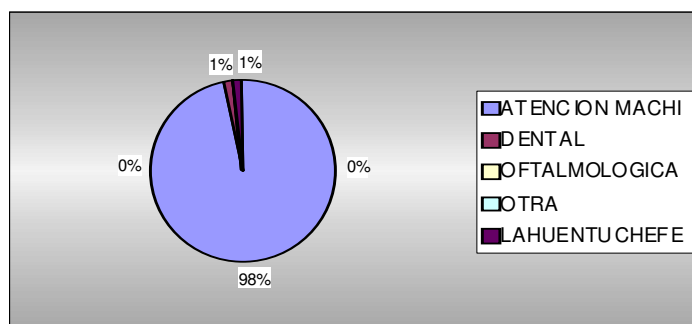
Con respecto a la información del gráfico, el cual consulta respecto de la pertenencia al programa de Salud Intercultural de Los entrevistados, los cuales responden lo siguiente: el noventa por ciento pertenece a al Programa de Salud en estudio, el diez por ciento plantea que no pertenece al Programa de Salud Intercultural.

Estos datos nos permiten analizar la situación de la siguiente forma, los asistentes a este programa, se encuentran en distintas etapas, algunos

ya recibieron atención del Machi y se encuentran solo recibiendo semanalmente las hierbas para tratar sus dolencias, otro dato importante dice relación con que los familiares también apoyan y participan de este proceso, ya que ellos se encargan de retirar medicamentos o hierbas, como también asistir a solicitar hora de atención para ellos, y también para sus familiares que se encuentran en situación precaria de Salud (Fuente focus grup investigación directa)

En relación al tipo de atención recibida por los asistentes al Programa de Salud Intercultural, estos nos arrojaron los siguientes datos: el noventa y ocho por ciento de los asistentes declara haber recibido atención directa del Machi, un uno por ciento de los entrevistados menciona que recibió atención dental y otro uno por ciento respondió que recibió atención de la lahuentuchefe.

Gráfico N° 14
Tipo de atención recibida.



Fuente: Investigación Directa

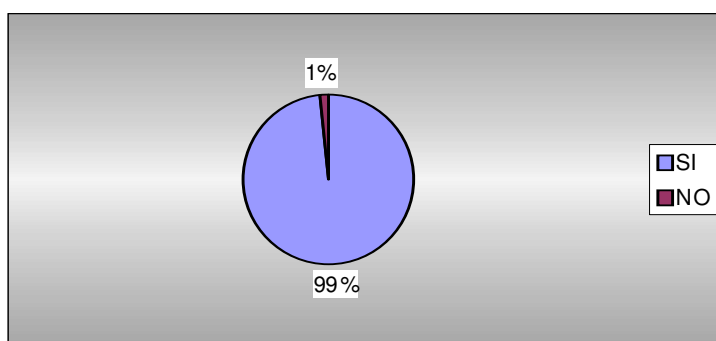
Esto nos demuestra que el gran interés de los asistentes al programa de Salud Intercultural, dice relación con la necesidad de recibir atención del machi, quien es que a partir de la revisión de la orina y las manos de los solicitantes, el diagnostica la dolencia, y posteriormente receta los tipos de hierbas necesarias, para estas personas, el proceso continua semanalmente,

en donde los asistentes reciben las hierbas y traen cada quince días su orina, la cual es revisada por el Machi.

Por tanto no es extraño que el noventa y ocho por ciento haya asistido al Programa de Salud Intercultural buscando la posibilidad de atención que brinda el machi, la cual es según lo observado por quien suscribe altamente demandada por los vecinos de la Comuna de La Pintana.

Por otra parte no es menor el dato que un dos por ciento de los entrevistados, haya recibido atención de otras especialidades, como lo es dental y lahuentuchefe, el cual atiende a través de las hierbas, ya que se pretende que exista una integración en la medicina que existan derivaciones internas y atenciones de diversas especialidades, para generar una atención integral del paciente, que existan en la practica dos formas de atender y entender ala medicina en un mismo espacio físico.

Gráfico N° 15
Atención actual en el programa de salud intercultural



Fuente: Investigación directa

El siguiente gráfico nos muestra, la situación actual de los entrevistados en relación a que si actualmente son atendidos en el Programa de Salud Intercultural el cual se desarrolla en la Comuna de La Pintana; el

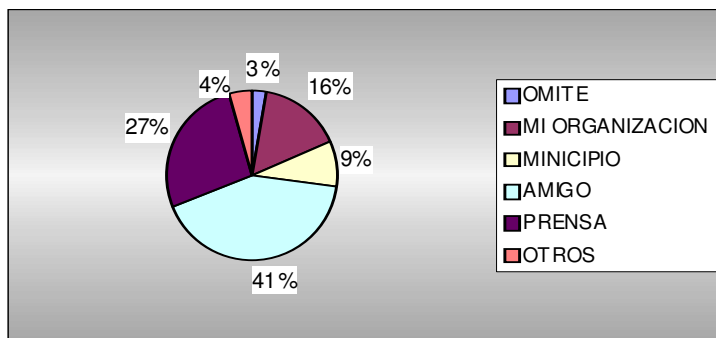
noventa y nueve por ciento de los entrevistados declaro que actualmente se atiende en el Programa.

De acuerdo a los datos expuestos recientemente, podemos inferir que la mayoría de los asistentes están siendo actualmente atendidos por el Programa de Salud Intercultural, solo un uno por ciento declara que no esta siendo atendido en estos momentos, por tanto se puede desprender que el Programa tiene un alta demanda de atención y que este programa se encuentra desarrollándose con un numero importante de atenciones mensuales (más de 1000 atenciones semestrales, fuente programa de Salud Intercultural Consultorio Santiago de la Extremadura, la Pintana), por tanto existiría un número importante de personas que estarían esperando ser atendidos por este Programa de Salud Intercultural.

Este dato nos permite indicar que la demanda por atención esta en una constante alza, ya que si bien, la mayoría de los consultados menciona estar atendiéndose en estos momentos el programa de salud, existe una consulta permanente por espacio para la atención del machi.

Gráfico N° 16

Fuente de información del Programa de Salud Intercultural.



Fuente: Investigación directa

En el gráfico número 16, podemos visualizar los datos respecto de la consulta, de cómo se enteró de la existencia del Programa de Salud Intercultural, y las respuestas de los entrevistados son las siguientes: el cuarenta y uno por ciento de los entrevistados declaró que se informó del programa a través de un amigo (a), un veintisiete por ciento responde que se informó a través de la prensa, existe un canal de televisión local comunal, el cual emite transmisiones de actividades y programas locales (difusión), el dieciséis por ciento responde que se informó a través de su Organización Social, un nueve por ciento declara que se informó a través de La Municipalidad, un cuatro por ciento declara que se informó del Programa a través de otros espacios (familiares, compañeros de trabajo, etc.), y por último un tres por ciento omite la respuesta.

En relación a los datos anteriormente mencionados, podemos inferir que existe gran comunicación e información del Programa de Salud Intercultural a través de fuentes primarias como son los amigos, y que existen por parte del Municipio distintos espacios de información de los Programas locales, ya sea a nivel Institucional, como también a través de

espacios locales como el canal de televisión, y de acuerdo a eso es que la población estaría presentando una gran demanda por la atención de este Programa de Salud Intercultural.

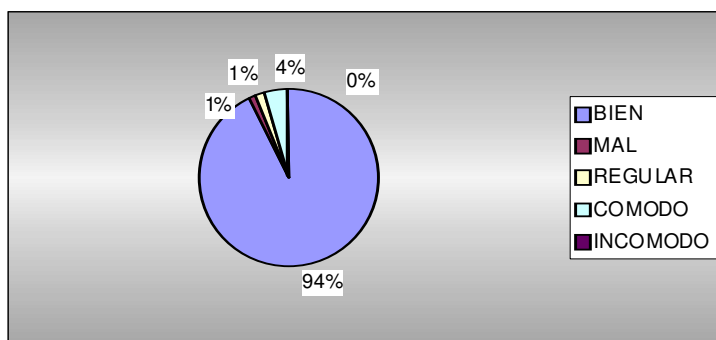
En cuanto al tema de la difusión, existe una gama de espacios de comunicación, al parecer en la comuna funciona de manera oportuna la entrega de información, por tanto esto permite que los usuarios puedan asistir sin problemas a los servicios y beneficios que existen para los vecinos de la comuna de la Pintana.

3.- Percepción sobre el programa de salud intercultural.

Un apartado muy interesante de esta investigación, tiene relación respecto de la opinión que los usuarios del programa de Salud Intercultural le asigna a éste, también como las personas califican el recibir atención de un Machi, como esta medicina se inserta en la práctica cotidiana de personas que por muchos años han sido atendidas por la medicina clásica, sus percepciones, opiniones y formas de asumir esta nueva alternativa de salud en espacios comunitarios compartidos, integración y aceptación de la salud intercultural en La Región Metropolitana.

Gráfico N° 17

Sensación experimentada al ser atendido por un Machi.



Fuente: Investigación directa

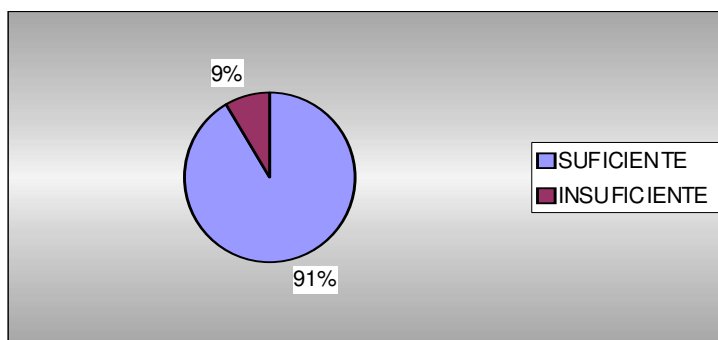
Existe una tendencia mayoritaria en el cuadro anterior, que plantea que al ser atendido por un machi, es decir una persona que pertenece a la étnica mapuche y que según la cultura étnica, dice que posee dones de sanación de enfermedades y dolencias, responde que se sienten bien, no obstante aparece un número de un 6 por ciento que de alguna forma no se sintió bien con este tipo de atención, esto puede ser debido a la falta de costumbre respecto de una atención que trata la orina de los consultados, también visualiza las manos de los enfermos para realizar un diagnóstico de la situación de salud que les aqueja en ese momento.

Por tanto la mayoría de los encuestados al ser consultados con la pregunta de cómo se sintieron al ser atendidos por un Machi respondieron con un noventa y cuatro por ciento se sintieron bien, un cuatro por ciento respondió que se sintió solamente cómodo, un uno por ciento responde que se sintió regular, es decir que no describe mayormente su sensación, un uno por ciento responde que se sintió incomodo y al profundizar a este segmento en el focus grup nos cuentan que el tema de la revisión de la orina en un poco incomodo.

Si consideramos las respuestas recién expuestas, podemos inferir que la gran mayoría de los entrevistados declara que al ser atendidos por un Machi se sintieron bien, lo que no se condice con la información obtenida en el focus grup, en el cual contestan que el Machi es amable y responde a las preguntas de los usuarios, que además el facilitador también atiende en forma amable y clara.

Con esta información, también podemos confirmar por que, este programa de Salud Intercultural mantiene una alta demanda en la población investigada, ya que los entrevistados declaran que la atención del Machi y del facilitador es satisfactoria, tiene buena aceptación en la población investigada, por tanto la aprobación de los usuarios de este programa pasa en gran medida debido a la calidad de la atención en relación a que causa aceptación en los usuarios.

Gráfico N° 18
Percepción del tiempo dedicado por el Machi en la atención.



Fuente: Investigación directa

El gráfico número 18 nos muestra cual es la opinión de los usuarios, respecto del tiempo que utilizo el Machi al momento de la atención en el Programa de Salud Intercultural, el noventa y un por ciento declara que el

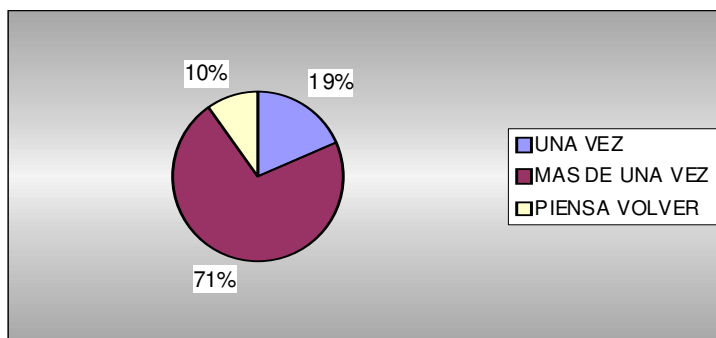
tiempo de atención del Machi fue suficiente, no obstante lo anterior, también hay un nueve por ciento de los entrevistados que declara que el tiempo que utilizó el machi al momento de la atención fue insuficiente.

Este dato nos confirma uno de nuestros planteamientos que indican la gran demanda que tiene este Programa de Salud Intercultural en La Población investigada, ya que no existe un porcentaje importante que declare que se encuentra insatisfecho con la implementación y ejecución de este programa de Salud Intercultural en La Comuna de La Pintana.

De acuerdo a las preguntas que se han desarrollado respecto a la opinión de los usuarios, en relación a la implementación, ejecución y desarrollo del Programa de Salud Intercultural que se desarrolla en la Comuna de La Pintana, éstas han sido positivas al momento de evaluar la ejecución del programa de Salud Intercultural.

Gráfico N° 19

Numero de atenciones recibidas en el Programa de Salud Intercultural.



Fuente: Investigación directa

El gráfico da cuenta de una tendencia repetitiva en las consultas anteriores, las cuales indican una aprobación importante de este programa de Salud Intercultural, ya que los consultados indican que volverían a solicitar

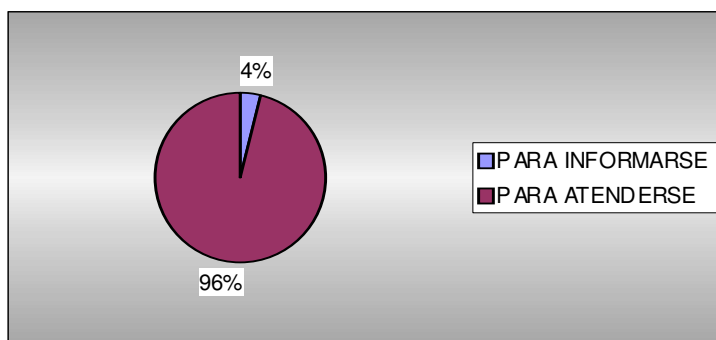
la atención del programa y su equipo, como también la posibilidad de recibir un programa de atención focalizado en la expertis del machi.

De acuerdo a esto y a la consulta a los entrevistados la que dice relación con cuántas veces se ha atendido en el Programa de Salud Intercultural, los usuarios respondieron lo siguiente: un setenta y un por ciento declara que se ha atendido más de una vez en el Programa de Salud Intercultural, un diecinueve por ciento de los entrevistados declara que se ha atendido sólo una vez, y un diez por ciento declara que ya se ha atendido y piensa en volver a recibir atención del Machi.

Los datos anteriormente expuestos, nos entregan indicadores más menos comunes al desarrollar una preliminar evaluación de parte de los usuarios del Programa de Salud Intercultural, los cuales han planteado en todas las preguntas relativas a una aproximación de evaluación y sus respuestas han sido todas bastante positivas, esto sería un común denominador al momento de realizar una aproximación respecto de las opiniones de los usuarios del Programa de Salud Intercultural, lo que sin duda nos entrega un panorama bastante positivo de la instalación y ejecución de esta iniciativa de Salud Intercultural.

Gráfico N° 20

Motivo de asistencia al Programa de Salud Intercultural.



Fuente: Investigación directa

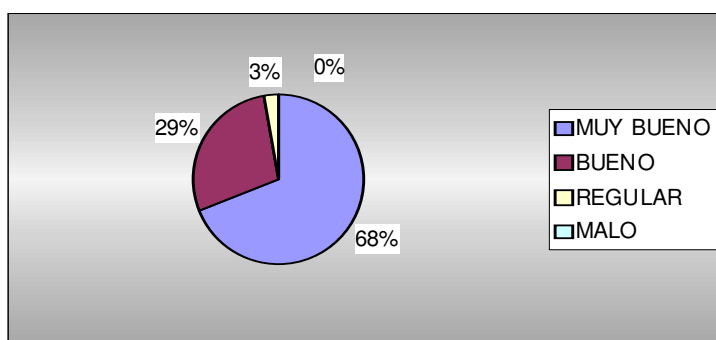
Es importante señalar que existe una demanda que cada vez va en aumento, no obstante, también existe un número importante de personas que primero visualizan como es el programa y el tipo de atención recibida, para poder solicitar una hora de atención.

Al momento de realizar la consulta a los usuarios del por que y para que asistió al Programa de Salud Intercultural, el noventa y seis por ciento de los entrevistados declaró que asistió para recibir atención y sólo un cuatro por ciento declaró que asistió para recibir información acerca de la atención del Programa.

Con estos datos volvemos a confirmar que existe una información importante respecto del funcionamiento del Programa de Salud Intercultural, ya que más del 90 por ciento de los entrevistados declara que asiste al Programa para recibir atención del Machi, y sólo un cuatro por ciento responde que asiste para informarse respecto de las atenciones que se realizan, esto se debe principalmente por el modo de comunicación local que posee la comunidad en estudio.

Otro de los factores interesantes, dice relación con el tiempo de ejecución de este Programa el cual lleva ya más de cinco años funcionando, tiempo suficiente para que la población se entere y conozca del Programa y del tipo de atención que este desarrolla.

Gráfico N° 21
Calificación del el Programa de Salud Intercultural.



Fuente: Investigación directa

De acuerdo al gráfico número 21, en el que se consulta a los usuarios del Programa de Salud Intercultural, como calificaría usted dicho Programa, las respuesta son las siguientes: un sesenta y ocho por ciento de los entrevistados declara que calificaría a este Programa de Salud como muy bueno, un veintinueve por ciento declara que la calificación que le asignan al Programa de Salud es Bueno, un tres por ciento de los entrevistados declara que califica al Programa de Salud como regular.

Con estos datos se puede desprender que la mayoría de los usuarios califica dicho Programa como muy bueno y bueno y sólo un tres por ciento de los entrevistados califica de regular a dicho Programa en estudio, esto nuevamente nos aporta datos importantes respecto de la opinión que tienen los usuarios respecto del Programa de Salud, las cuales fluctúan en calidad

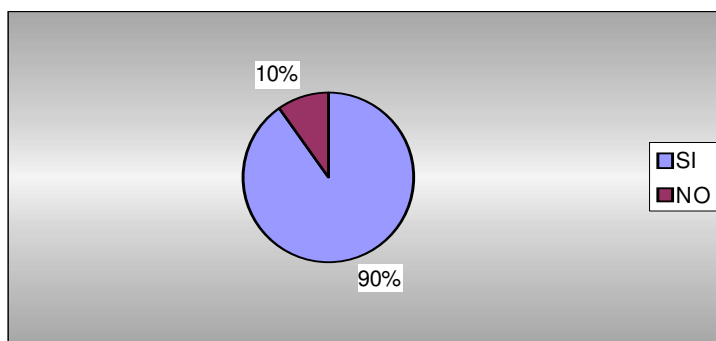
de evaluación positiva y aprueban el funcionamiento del Programa en la Comunidad.

Todos estos datos nos van entregando respuesta de nuestros objetivos planteados en nuestra investigación, los cuales entre otras cosas buscan conocer la percepción y opinión que tienen los usuarios respecto del Programa de Salud Intercultural.

Por tanto se ratifican las tendencias preliminares de aceptación y valoración por parte de los usuarios del programa de salud intercultural, existe una mayoría de un noventa y siete por ciento que de manera positiva plantea su opinión respecto de dicha iniciativa.

Gráfico N° 22

Existencia de una integración de dos formas de entender la medicina.



Fuente: Investigación directa

En el gráfico número 22, encontramos una de las principales preguntas de nuestra investigación, la cual plantea si los usuarios consideran que en el Programa de Salud Intercultural existe una integración de las dos formas de entender la Medicina, los entrevistados declaran lo siguiente: un noventa por ciento menciona que si cree que existe una integración de dos

formas de entender la medicina y sólo un diez por ciento declara que consideran que no existen dos formas de entender la Medicina.

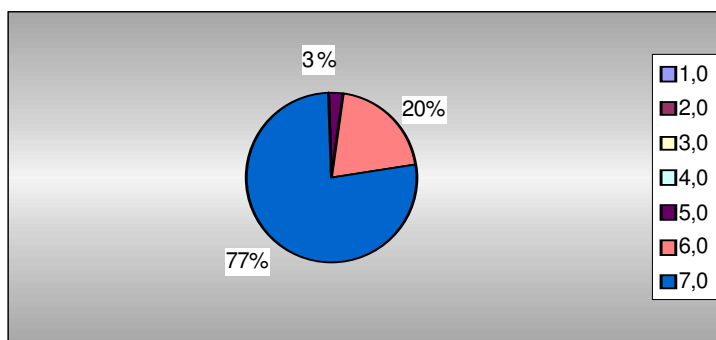
Una de las principales apuestas del Ministerio de Salud al implementar estos programas, es generar un espacio de integración y asimilamiento de las culturas ancestrales en el área de la Salud y de acuerdo a los datos obtenidos, podemos inferir que la población en estudio, es decir los usuarios del Programa de Salud Intercultural creen en su mayoría que en este programa existe una integración de dos formas de entender la medicina, situación esperada por las autoridades que planifican e idean estas apuestas.

Esta situación es importante también para los actores principales de la implementación y ejecución de estos programas, los dirigentes Indígenas quienes a través de estas iniciativas siguen luchando para que la cultura del Pueblo indígena se mantenga y no desaparezca, ya que existen ocho experiencias en La Región Metropolitana los cuales buscan que existan espacios de integración y valoración de la diversidad cultural de nuestro País.

La tendencia mayoritaria en esta consulta plantea que efectivamente en el programa de salud intercultural, existe una integración de dos formas de entender la medicina, esto principalmente por la posibilidad de que existan dos tipos de atenciones que coexisten en un mismo espacio físico, que existe respeto y aceptación entre ellas.

Gráfico N° 23

Nota asignada a la atención recibida.



Fuente: Investigación directa

La claridad de la mayoría de los consultados está la vista respecto de la aceptación y aprobación que recibe el programa de salud intercultural por parte de la comunidad usuaria. La que la ser consultada arrojó más de un noventa y siete por ciento de excelencia con la nota de aprobación, esto nos ratifica la percepción que se tenía al revisar las consultas antes mencionadas y también, visualizadas en el grupo focal, en donde los usuarios también entregan su opinión favorable respecto de el programa de salud intercultural.

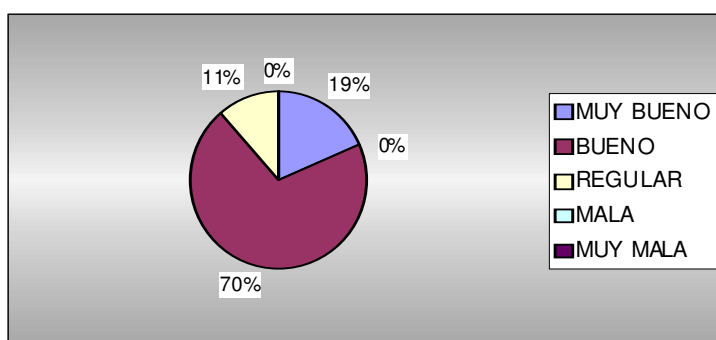
En el gráfico número 23 podemos apreciar los datos obtenidos, a través de la consulta respecto de cuál es la nota que usted le asigna a la atención recibida en el Programa de Salud Intercultural, la consulta nos arrojó los siguientes resultados: un setenta y siete por ciento declaró que la nota asignada a la atención recibida en el Programa de Salud Intercultural es en la escala de uno a siete, un siete, un 20 % de los consultados declaró que la nota que le asigna a la atención recibida en el Programa de Salud Intercultural es de un seis y sólo un tres por ciento declara que la nota que le asigna a la atención recibida en el Programa de Salud Intercultural es un cinco.

Se mantiene la tónica de los entrevistados en relación a su opinión respecto del Programa de Salud Intercultural, ya que en la recién consultada, estos nos indican con un setenta y siete por ciento de nota máxima, es decir un siete, le sigue con un veinte por ciento de los entrevistados que asigna una nota seis a la atención recibida en el Programa de Salud Intercultural, lo que sumado a las preguntas anteriores, nos entrega una opinión bastante favorable al Programa de Salud Intercultural por parte de los usuarios, es decir se está cumpliendo los objetivos planteados por los planificadores y ejecutores de estos programas de salud.

Es fundamental para el estudio ahondar en la percepción y opinión que tienen los usuarios respecto del Programa de Salud Intercultural, debido a eso que se vuelve a intencionar una pregunta que dice relación con lo siguiente como considera usted la integración de la Medicina clásica y cultural del Programa de Salud Intercultural

Gráfico N° 24

Consideración acerca de la integración de la medicina clásica y cultural del Programa de Salud Intercultural, de la comuna de la Pintana Chile año 2009.



Fuente: Investigación directa

En cuanto a la opinión y percepción de los usuarios respecto del Programa de salud intercultural en relación a la integración de estas dos formas de atención médica, los entrevistados nos entregaron las siguientes respuestas, un setenta por ciento declara que considera buena la integración de dos formas de atención medica, un diecinueve por ciento plantea que considera muy buena la iniciativa, un once por ciento de los entrevistados menciona que considera regular el tema de la integración de las dos formas de medicina en un mismo centro de Salud, ninguno de los consultados emitió un calificativo negativo respecto de la integración de la medicina clásica y la cultural en un mismo centro de Salud.

Estos datos nos dan luces claras respecto de la opinión de los usuarios, en relación a la implementación de este Programa, el cual entre sus objetivos busca la integración de dos formas de entender la medicina en un mismo centro de Salud, y lo más importante es que son datos obtenidos directamente de la opinión de los usuarios, quienes fueron consultados en el mismo centro de Salud.

Sin duda, los usuarios se encuentran muy motivados a participar de esta iniciativa de atención médica con un modelo más cercano y centrado en las personas, instalado en la propia comunidad, lo que lo hace ser considerablemente demandado por la comunidad, según los datos obtenidos.

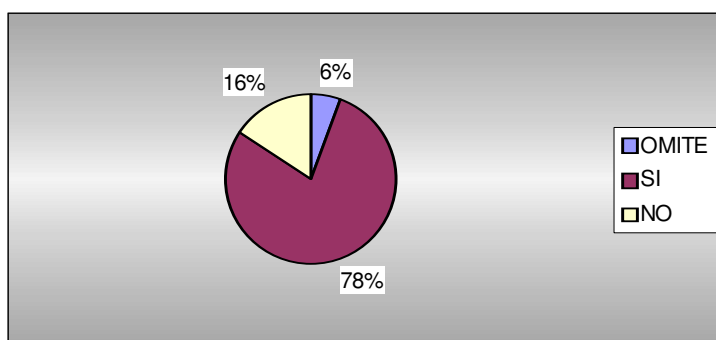
Por tanto nos encontramos en un escenario bastante favorable, para la implementación y ejecución de un programa innovador que busca reivindicar, educar y atender las demandas de las personas que presentan una dolencia, a través de una cultura ancestral de nuestro país.

Existe una tendencia mayoritaria, de los usuarios que se atienden en el programa de salud intercultural, que plantean que este espacio permite el

encuentro de la población declarada Indígena y no Indígena en una posibilidad de aprendizaje respecto de costumbres y usanzas de un grupo étnico importante en nuestro país, que en este espacio aprenden y consiguen informarse mas respecto de una cultura que busca revalidar su cosmovisión, su forma de entender el mundo y la salud.

Gráfico N° 25

Espacio de encuentro entre la población Indígena y no Indígena.



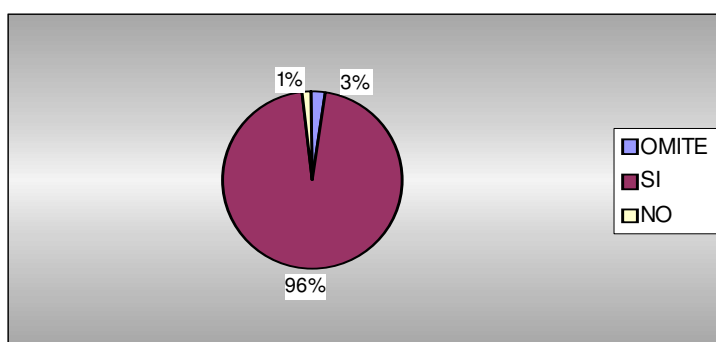
Fuente: Investigación directa

En el gráfico, nos enfocamos directamente en que opinaban los usuarios respecto de si el Programa de Salud Intercultural, crea un espacio de encuentro entre la Población Indígena y no Indígena, de acuerdo a la aplicación estos fueron los resultados: un setenta y ocho por ciento responde que si cree que el Programa de Salud Intercultural crea un espacio de encuentro entre la población indígena y no indígena que se atiende en este sistema de Salud, un dieciséis por ciento declara a través de su opinión que cree que este programa no crea un espacio de encuentro de integración cultural entre la población indígena y no indígena de la comuna, y sólo un seis por ciento de los entrevistados al ser consultados omite esta pregunta.

De acuerdo a los datos obtenidos en el gráfico número 25, podemos inferir que la muestra en mas del setenta y cinco por ciento plantea que cree que este programa genera un encuentro entre la población indígena y no indígena de la comuna, esto se relaciona totalmente con los datos obtenidos en el grupo focal, en donde los participantes también plantean que este espacio les ha servido para conocer e interiorizarse más respecto de la cultura mapuche, incluso hasta interesarse en aprender la lengua originaria.

Si relacionamos los datos hasta ahora recogidos podemos, inferir que se están cumpliendo uno de los objetivos del Programa de Salud y Pueblos Originarios del Ministerio de Salud, el cual pone el “énfasis en el encuentro de la diversas culturas que conviven en un territorio para coordinar acciones y esfuerzos para solucionar problemas comunes”. En consecuencia, la incorporación de un enfoque en Salud supone la generación de una nueva forma de entender las relaciones, que reconoce la diversidad como un aporte y base de una construcción de una nueva sociedad. (Minsal. Op cit. b).

Gráfico N° 26
Satisfacción respecto a la calidad de la atención recibida en el Programa de Salud Intercultural.



Fuente de Investigación directa

En relación al gráfico número 26, podemos encontrar las opiniones de los usuarios respecto de la satisfacción que genera la atención del programa de Salud Intercultural, y los consultados declaran lo siguiente: un noventa y seis por ciento plantea que se encuentra satisfecho con la atención recibida por el programa de Salud Intercultural, un tres por ciento omite la pregunta, es decir no se pronuncia y sólo un uno por ciento de los entrevistados declara que no se encuentra satisfecho por la atención recibida por el Programa de Salud Intercultural.

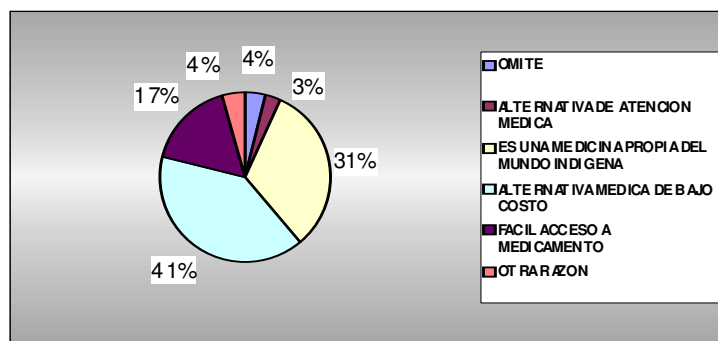
Si analizamos el cuadro anterior podemos inferir nuevamente que la mayoría de los usuarios del Programa de Salud Intercultural se encuentran satisfechos por la atención recibida, esto nos reafirma los resultados obtenidos que a lo largo de la investigación nos hemos encontrado, una opinión generalmente positiva respecto de la implementación y ejecución de dicho Programa de Salud Intercultural.

El cuadro también nos muestra la relación existente entre las respuestas de los usuarios del Programa de Salud Intercultural y uno de los objetivos centrales del Programa de Salud y Pueblos Originarios, el cual se centra en “mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos Indígenas que habitan en el territorio nacional, impulsando el desarrollo de estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones, considerando sus características culturales, lingüísticas y económico sociales, y su participación en la definición y solución de los problemas”. (minsal.cl), Objetivos que se encuentran en pleno desarrollo positivo por lo demás, de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación.

La constante de los usuarios va en alza respecto de la aprobación y aceptación en cuanto a la satisfacción de la atención recibida por el

programa y su equipo ejecutor, esto nos permite evaluar positivamente esta iniciativa a partir de las opiniones vertidas por los usuarios del Programa de Salud.

Gráfico N° 27
Razones para continuar con la atención en el Programa de Salud Intercultural.



Fuente Investigación directa

De acuerdo a los datos entregados en el gráfico número 27, podemos describir de acuerdo a la opinión de los usuarios, cuales son sus motivaciones para atenderse en el Programa de Salud Intercultural, y a continuación desagregaremos los resultados: un cuarenta y un por ciento de los entrevistados declara que es necesario atenderse en el Programa, ya que este, es un alternativa médica de bajo costo, un treinta y un por ciento declara que es necesario atenderse en este Programa de Salud Intercultural, por que es una medicina propia del Mundo Indígena, un diecisiete por ciento nos declara que es necesario atenderse en este Programa, por que es de fácil acceso a medicamentos, un cuatro por ciento de los entrevistados omite esta consulta, otro cuatro por ciento declara que por otras razones es necesario atenderse en este Programa y un sólo con un tres por ciento de los entrevistados quienes nos declaran que es necesario atenderse solamente por que es un alternativa médica.

Las motivaciones de los usuarios del Programa de Salud Intercultural se ajustan a uno de los propósitos de este Programa, el cual apunta a una accesibilidad en Salud, uno de los objetivos específicos de dicho programa plantea lo siguiente: “ mejorar la accesibilidad, la calidad de atención en Salud, la resolutivez de los Problemas en Salud de la Población Indígena y favorecer acciones de promoción de Salud; incorporando en los planes, programas y proyectos institucionales, acciones orientadas a disminuir las brechas de equidad observadas en la situación de Salud”. Situación que se está dando en el consultorio Santiago de Nueva Extremadura en La Comuna de La Pintana.

En dicho consultorio se proponen las siguientes acciones como ejes principales de la gestión de dicho Programa de Salud Intercultural;

Crear instancias para facilitar la orientación, interrelación y comunicación de los Mapuches y sus familias, a través de una oferta médica, una demanda existente de la comunidad y el factor de integración de dos formas de entender la medicina y la cosmovisión de mundo, para ello se establece los siguientes criterios:

- La implementación de una oficina de información y orientación atendidas por un facilitador intercultural
- Un espacio destinado a la atención de un agente de Salud Mapuche (machi)
- La creación de un vivero para cultivar hierbas medicinales como apoyo a la medicina mapuche
- Capacitación de funcionarios del Centro de Salud, facilitador y machi:
- En las prácticas y creencias de Salud de la Cultura mapuche y del Funcionamiento del sistema tradicional.

Se trata de ampliar las posibilidades de decisión de los usuarios en cuanto a entregar esta oferta y demanda a través de un programa de atención alternativo que busca la integración de dos culturas en Salud, y solo es responsabilidad individual acudir a uno u otro sistema.

Es por ello que se plantea necesario tomar en cuenta la opinión de los usuarios respecto de la gama de posibilidades que entrega esta iniciativa, ya que, por una parte no tiene costo alguno para ellos, por otro lado se crea un vivero que hace las veces de un farmacia, lo que también aporta la conocimiento de la cultura mapuche respecto de cómo sus ancestros trataban sus enfermedades y dolencias, en términos generales se produce una accesibilidad importante a los medicamentos y a la información respecto a la creación natural de estos, todas estas variables aportan a que este programa de valide como una alternativa importante en la atención en salud.

CAPITULO V

PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL Y SU APOORTE A LA ATENCIÓN DE SALUD COMUNITARIA.

El grupo focal como técnica utilizada en esta investigación, fue desarrollado con los usuarios participantes del Programa de Salud Intercultural de la comuna de La Pintana, durante el año 2009. El objetivo de esta técnica, fue indagar en distintos ámbitos, a través de la opinión de los usuarios respecto del Programa de Salud, sus motivaciones, apreciaciones de los aportes de dicho Programa, cual es la relación entre las condiciones de vida y el proceso de integración y valorización de la diversidad cultural.

El proceso de ejecución del grupo focal, se desarrollo en una sesión y esta fue en dependencias del consultorio de Salud, Santiago de la Nueva Extremadura, en donde conviven con la interculturalidad a través de este Programa. La asistencia a esta actividad fue muy importante contando con más de 20 participantes de los cuales se extrajeron sus apreciaciones respecto de la profundización de nuestro estudio.

La participación de nuestra muestra fue significativa, al igual que tuvimos la incorporación del Machi, quien ese día se encontraba realizando atenciones, también se pudo contar con la participación del facilitador Samuel Melinao, quien se encarga de administrar la atención, en tanto entrega de horas y de las hierbas que los usuarios deben consumir en sus tratamientos, la jornada fue extensa en términos de duración se inició a las tres y media y finalizó a las seis de la tarde, ya que los participantes expusieron sin problemas sus comentarios y opiniones.

1.- Condiciones de vida y proceso de integración y valoración de la diversidad cultural.

Conocer desde la propia opinión de los usuarios respecto de cuáles son sus condiciones de vida, sus características, como éstas pueden vincularse a un proceso de atención en salud, es una de nuestras interrogantes, cual es la relación que existe entre las condiciones de vida y el proceso de integración y valoración de la diversidad cultural que pretende este Programa de Salud Intercultural.

Para comenzar el análisis detallado de la información obtenida a través del grupo focal nos permitió inferir en cuáles, según los usuarios del Programa de Salud Intercultural, son los principales aportes de dicho programa en cuanto a la integración y valoración de la diversidad cultural de dicho programa, estas responden a opiniones de carácter subjetivo, la primera opinión dice relación con la autopercepción como concepto de imagen intercultural.

**"aquí somos todos iguales... todos somos mestizos...aquí es la sangre es lo que vale...
A mi me hubiese gustado ser Indígena total, yo creo que todos o más de algunos tenemos la sangre... ya sea de nuestros abuelos". (Héctor).**

Los usuarios del Programa de Salud Intercultural argumentan claramente su opinión respecto de la autopercepción de la interculturalidad, se plantean desde una apreciación bastante simple, no obstante, de acuerdo al comentario extraído del grupo focal, nos podemos dar cuenta que si existe una noción de dos formas de ser y entender la medicina en un mismo espacio, lo que sin duda sería uno de los propósitos del Programa de Salud

Intercultural, que tiene que ver con dar a conocer dos formas de funcionar en un mismo espacio con cargas valórico – culturales.

Si nos remitimos a la definición conceptual del programa de Salud Intercultural, nos encontramos con que este es un concepto entendido como un sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce y respeta, y además aplica concepciones y practicas de salud de otras culturas, es una visión holística (Programa de Salud Intercultural comuna de la Pintana).

De acuerdo a lo anterior, cabe destacar que los usuarios del Programa de Salud Intercultural no manejan bien los conceptos y definiciones, que este programa quiere entregar a la comunidad asistente como aprendizaje de la integración y valoración de la diversidad cultural, no obstante de ello esto se convierte en un desafío, la necesidad de instalar la formación y educación que amerita la cultura Indígena y su gama de aplicaciones en la sociedad actual.

“Sí, o sea hay que tener conciencia de que el pueblo mapuche dentro de la comuna, aquí tiene un gran porcentaje, de hecho la mayor concentración de mapuches está aquí en la comuna, nos sirve también a nosotros los españoles entre comillas, a darnos cuenta y a respetar a el pueblo mapuche, si por que son muy discriminados también como no se conocía, en estos momentos él nos esta dando una clase de sociabilidad que muchos no conocían”. (María).

Se puede identificar que los usuarios mantienen una opinión positiva del mundo indígena y logran describir de buena manera su percepción respecto de la interculturalidad, y de la aceptación de esta cultura, por otro lado, también identifican las complicaciones que tienen que sortear las

personas que se califican como indígenas, en términos de la discriminación de la cual son víctimas.

El proceso que están viviendo los usuarios del programa de Salud Intercultural se llama aculturación, y este se refiere al resultado de un proceso en el cual un pueblo o grupo de gente adquiere una nueva cultura (o aspectos de la misma), generalmente a expensas de la cultura propia y de forma involuntaria. Una de las causas externas tradicionales ha sido la colonización. (Hauser, et al; op cit.)

Uno de los principios de la Salud Intercultural, habla de la reciprocidad, en tanto no solo es una forma unidireccional, sino que “necesitamos reconocer que nos necesitamos unos a otros, para alcanzar la Salud y el desarrollo de los pueblos Indígenas debemos trabajar juntos”. (Ibíd.).

Con lo anterior se puede justificar el concepto de integralidad, el cual no es unidireccional, si no que también el Pueblo Indígena debe aportar al desarrollo de la integralidad y diversidad cultural, entendida como proceso recíproco y validado por ambas partes.

Los usuarios reconocen que el Programa de Salud Intercultural valida el esfuerzo y la importancia de que este proyecto continúe desarrollándose, ya que los beneficios son tanto para los usuarios, como también para el Mundo Indígena organizado, el cual esta trabajando siempre en busca de la reivindicación de las costumbres ancestrales del Pueblo Mapuche en la ciudad.

“además esto se puede complementar con la medicina tradicional con esta, a parte de que el mes pasado creo que fue la tercera vez que yo venia, y llego una señora que era de Concepción, que Don Manuel la atendió y esa señora... ella traía a su hija... que allí le habían dicho que tenia como se llama eso, Artritis a los huesos y la ve Don Manuel y de aquí mismo (consultorio) le hicieron unos exámenes en el consultorio y de ahí altiro al hospital”.(Héctor)

El reconocimiento positivo de parte de los usuarios se sustenta en la propia experiencia que se a desarrollado con la ejecución de este Programa de Salud, el cual ya funciona mas menos hace cinco años, por tanto esto permite opinar desde la experiencia y el conocimiento, en tanto un factor que se señala en la opinión de los usuarios dice relación con el acceso a la salud, ya que al referirse a la derivación realizada, se compara con los problemas que la población tiene al solicitar atención medica, plantean que no es expedita.

La investigación también permite identificar diversos factores que influyen en la Salud Pública y un ejemplo de ello son los problemas de acceso y participación de los usuarios en los programas que finalmente son para ellos mismos, los usuarios conocen sus beneficios y valoran cuando son atendidos de buena forma sin problemas, menos de acceso a la Salud Pública.

“pero entonces yo creo que es bueno por que para una hospitalización, para una operación el manda al consultorio y el consultorio le hace caso altiro y parten con las personas y si uno viene así por las de uno, a parte uno tiene que llegar a la posta

muriéndose, igual para los exámenes y me dijo pida la hora altiro aquí en el consultorio” (Héctor)

Los usuarios reconocen los aportes en términos de funcionamiento integral, al momento de identificar cual o que tipo de patologías atiende el Machi y las que corresponden a la Salud clásica, visualizan de forma positiva la intervención del Machi en la solución de problemáticas que no siempre le corresponde, por tanto este hecho aportaría a la integralidad en el Programa de Salud Intercultural.

La experiencia antes mencionada, nos entrega un relato que contiene aspectos positivos y negativos en términos de la integralidad en Salud, lo que genera que los usuarios se enfoquen solamente en la posibilidad de ser atendidos por el Machi, ya que visualizan en el una autoridad importante en la ejecución y desarrollo del Programa de Salud Intercultural.

Otro de los principios fundamentales de la Salud Intercultural, hace referencia al siguiente elemento, “el abordaje integral de la Salud, tiene que ver con un concepto holístico de salud, debe ser respetado, promovido y servir de base para el abordaje de un modelo integral de Salud, atendiendo los elementos fundamentales de Salud Indígena, espiritual, físico emocional y mental”. Lo anterior hace clara referencia al respeto por las tradiciones culturales, las cuales deben ser promovidas, para que puedan servir de base en un modelo denominado integral en salud.

**“Una mejor visión yo creo, por lo menos yo, por que ahora que conozco y me estoy tratando con uno, por que yo antes había oído hablar de un machi, pero no lo había visto tan cerca, así es que estoy conforme.”
(Mónica)**

Dentro de los aportes que el Programa de Salud Intercultural ha generado a partir de su funcionamiento, en términos de integralidad, se puede mencionar que los usuarios tienen una mejor visión respecto de la integración cultural, no sólo a través del hecho de participar en este Programa de Salud, si no que además se agrega el factor del interés que genera en los usuarios, la posibilidad de conocer más del pueblo indígena y su cultura en especial la salud.

Los usuarios también plantean que debido a esta participación, les ha significado estar más cerca de la cultura, de conocer directamente las formas culturales de atención en Salud, lo que tiene directa relación con lo que busca el pueblo mapuche organizado, instalar y reivindicar sus costumbres culturales en La Región Metropolitana.

Es uno de los principios que dieron origen al Programa de Salud Intercultural, el cual habla de la reivindicación de la Cultura Indígena en la ciudad, que las personas que no poseen la calidad Indígena y los que si pero carecen de información aprendan respecto de formas antiguas de sanar a la población de enfermedades y dolencias.

**“Yo pienso que todas las personas son iguales, no por que unos sean Indígenas, son diferentes, todos somos personas, todos tenemos sentimientos, corazón y alma, uno no debería mirar, como se llama, por la etnia, por la raza, por el color, uno tiene que mirar a la persona.
Ellos... no... nos miran que somos aquí, que somos allá, ellos nos miran y nos atienden bien” (Gloria).**

La valoración de la diversidad cultural es un elemento central del Programa de Salud Intercultural, por tanto también se hace necesario

ahondar desde la percepción de los usuarios respecto de este tema, y en el texto desprendido del grupo focal, se puede inferir que de acuerdo al desarrollo del Programa de Salud Intercultural, los beneficiarios tienen mayor información respecto del respeto y aceptación de la diversidad cultural.

La diversidad cultural refleja la multiplicidad e interacción de las culturas que coexisten en el mundo y que, por ende, forman parte del patrimonio común de la humanidad. Implica, por un lado, la preservación y promoción de culturas existentes y, por otro, la apertura a otras culturas. (Fuenzalida, 2005)

La interculturalidad supone ir más allá de reconocer la existencia de diferentes culturas y en cambio, busca el intercambio y reciprocidad en la relación mutua así como la solidaridad entre los diferentes modos de entender la vida entre dichos grupos que coexisten en un mismo espacio físico.

**"Si por que uno ve a cualquier persona le dice tomate estas hierbitas, cosas así, o para cualquier cosa no esta, por que uno ya sabe más sabe más o menos, para que sirven las hierbas, entonces uno le dice tomate estas hierbitas, yo pienso que es bueno por lo menos de parte mió se ha unido tanta gente."
(Manuel)**

Para analizar el párrafo anterior, respecto de la opinión de los usuarios del Programa de Salud Intercultural, en cuanto a los aportes de este Programa de salud, hacia la integración y valorización cultural, podemos inferir que dichos usuarios, van incorporando elementos básicos de la atención del Programa de Salud Intercultural, el cual promueve una medicación basada en hierbas naturales que de acuerdo a las patologías deben ser suministradas.

La interculturalidad en Salud puede ser entendida como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, todo esto nos permite entender la posibilidad de involucrarse en un proceso de participación colectiva con creencias culturales que promueven la integración de la diversidad cultural. (Olmedo, et al; op cit.)

La integración cultural es un proceso paulatino que necesita de involucramiento y de participación social, los usuarios no solo plantean la accesibilidad al programa, si no también la posibilidad de conocer mas de cómo se ejecuta, cómo adquirir los medicamentos, para que sirven, esto les permite conocer y hablar con propiedad respecto de la validez que puede tener para ellos dicho Programa de Salud Intercultural.

2.- Motivación y participación de los usuarios en el programa de salud intercultural.

La perspectiva de los diversos motivos que los usuarios presentan al momento de ser consultados, respecto de por que asisten al programa de Salud Intercultural que se desarrolla en la Comuna de La Pintana, es un tema necesario de ser analizado en la presente investigación, ya que tienen que ver con uno de los objetivos específicos que sostiene el estudio.

"yo también llevo tres semanas y también he visto cambios ahora yo lo complemento con la homeopatía, por que también estoy enferma de los nervios, entonces para entrar a trabajar necesitaba algo más rápido por eso complemento con la homeopatía también tenia alergia bien severa y ahora no."(María).

Uno de los factores que se desprenden al momento de consultar respecto de las motivaciones para asistir al programa de Salud Intercultural, de acuerdo al párrafo anterior, se puede inferir que el motivo de la entrevistada dice relación con la rapidez en la atención y también con los resultados obtenidos en poco tiempo, esto no se precisa si se refiere a cambios sustantivos, solo a las percepciones de los usuarios.

Acá también se encuentra que el párrafo citado tiene directa relación con dos de los principios básicos del modelo de atención en salud intercultural, el cual plantea lo siguiente “equidad en el acceso, la atención de la salud debe priorizar a los grupos en riesgo, eliminando las barreras económicas, geográficas, culturales y / o de organización del sistema de atención.” Y por otro lado la “complementariedad, la atención de salud debe favorecer el respeto y la colaboración entre los sistemas médicos de medicina oficial, indígenas y alternativas”, (política de salud y pueblos indígenas, minsal, enero 2003), con esto queda claro que es un modelo que busca la integración y el acceso de los grupos con mayor índice de vulnerabilidad social.

“soy clínicamente una hipertensa, para la medicina tradicional, yo soy una hipertensa de echo estoy obesa, pero cuando yo empecé a venir al Machi, él me dijo un montón de cosas que ni yo me sabia, a parte de que estaba histérica y era muy porfiada, un montón de cosas, o sea en un solo mirar de manos me dijo todo lo que yo era y lo que no era y empecé a tomar los remedios que él me dio y ahora no me dan esos bochornos tremendos que tenia antes de la nada misma, antes estaba mareada con dolores insoportables de cabeza, y sigo en este estado es por que lamentablemente en el ambiente que uno vive igual difícilmente se le mejora una de los nervios de

la noche a la mañana, pero si he notado que me ha hecho bastante bien y aun que no lo crea he bajado mi par de kilitos” (Claudia).

Otra de las motivaciones que plantean los usuarios al momento de ser consultados, dice relación con los resultados que los entrevistados mencionan, se puede inferir que dichos resultados que plantean van desde cambios de estados de animo, como también cambios físicos (perdida de peso), por otra parte también se puede desprender que dichos cambios se producen en poco tiempo de tratamiento con hierbas medicinales, todo esto de acuerdo a la opinión de los usuarios.

Existe de acuerdo a lo expresado por la consultante una motivación clara respecto de su participación en el Programa de Salud Intercultural, estas son: accesibilidad, medicamentos gratuitos, atención de un Machi que sin mayores exámenes diagnostica una enfermedad o dolencia, que también visualiza como una intervención integral, ya que no solo el problema se encuentra en su sistema inmunológico, si no que existen factores externos que gatillan su estado de enfermedad, los cuales pueden ser ambientales o fenomenológicos.

Es importante también destacar un elemento que menciona la entrevistada, el cual dice relación con el contexto social en el cual de desenvuelven los usuarios, según los datos obtenidos en el proceso investigativo, se habla de un contexto de vulnerabilidad social, en el que confluyen aspectos socioeconómicos deficientes, “En todas las variables La Pintana presenta tasas de desocupación y cesantía sustancialmente mayores a las del Gran Santiago”. (INE, 2006 c).

“Para mi es diferente por que uno lo va a ver y el le dice tú tienes tal y tal cosa, en cambio uno va al

medico y te dicen tomate esto, esto y esto otro y no le dicen lo que tiene, claro pero uno pregunta que tengo doctor y ahí el llega a decir algo si no, no le dice nada". (Héctor)

Como se puede observar en el párrafo anterior, las motivaciones para asistir al programa de Salud Intercultural son variadas, dentro de estas se puede mencionar la cercanía que mantiene el equipo que atiende en el Programa de Salud Intercultural, el cual según datos obtenidos en la presente investigación desarrollan un modelo abierto, accesible y cercano a los usuarios, ya que existen fichas de atención las cuales versan respecto del proceso del usuario, su asistencia, su historial clínico.

Otro de los principios fundamentales de la política de Salud y Pueblos Indígenas, plantea que el modelo de Salud debe contener "derechos ciudadanos, la salud es un derecho universal consagrado en la Constitución Política de la Republica y su explicitación como un bien exigible por la población obliga al Estado a garantizar el acceso de todos los Chilenos a prestaciones que aseguren su Salud, con independencia de sexo, edad o condición socio económica. Para ser practicado, el derecho debe ser conocido y respetado por todos, lo que involucra a su vez responsabilidades concomitantes: derechos y deberes. La Salud como derecho es un principio vinculado al de ciudadanía social, donde los ciudadanos deben jugar un papel activo en las decisiones de Política de Salud. Los Pueblos Originarios son parte de la sociedad Chilena, con plenos derechos". (Minsal, op cit. d)

De acuerdo a lo anterior, se puede inferir que el programa de Salud esta diseñado como un modelo accesible, abierto y cercano a la comunidad, el cual se debe desarrollar en el contexto social que lo requiere, ya que la salud forma parte de los derechos universales consagrado en la Constitución Política de la Republica, y por otra parte estos principios fundamentales de la

Política de Salud y Pueblos Indígenas se encuentra inserto en el Proyecto de Centro de Salud intercultural Consultorio Santiago de Nueva Extremadura, La Pintana.

Según la información obtenida a través de esta investigación, se puede mencionar que la población beneficiaria de este Programa de Salud Intercultural se encuentra muy motivada a mantener dicho programa, ya que les resulta económico, no tienen que pagar, la ubicación es privilegiada, ya que es un Consultorio de Salud primaria que se encuentra ubicado al interior de la Población el Castillo de la Comuna de La Pintana.

"entonces el le dice lo que tiene uno, entonces uno se relaja, tiene mas confianza, en cambio ellos (médicos) a uno no lo pescan, lo dejan hablando sola, le dicen si quiere tomarla la toma, si no la deja, a parte que uno tiene que decirle todo lo que tiene, y a don Manuel, uno no tiene que decirle eso, por que él le agarra la mano y le dice usted tiene, esto, esto, y esto" (María).

Otro de los factores importantes que inciden en la motivación en la asistencia de los usuarios al programa Salud Intercultural, dice relación con la confianza que genera el equipo que atiende en el Programa, ya que según los entrevistados informan sobre la situación de Salud, que padecen los usuarios, y también mencionan las diferencias entre las dos formas de atención en Salud, según el discurso de los asistentes los médicos del sistema tradicional no toman en cuenta al paciente, no le explican de buena forma la situación de Salud que les aqueja.

Existen en el Programa de Salud Intercultural días establecidos de atención para las personas que asisten por primera vez, y también días para

las personas que están en tratamiento médico, lo que sin duda ordena el proceso de atención, y por otra parte les permite a los usuarios orientar a los vecinos que necesiten atención de salud en el Programa de Salud Intercultural.

Lo anterior se relaciona con los datos obtenidos en la presente investigación, ya que la mayoría de los asistentes al Programa de Salud Intercultural, declaran haber recibido tratos indebidos por los profesionales y administrativos que funcionan en el consultorio Santiago de Nueva Extremadura en la Comuna de La Pintana.

**"Yo encuentro que la medicina tradicional que dicen ustedes, los médicos están, como le dijera yo, cual sería la palabra, no tratan con amabilidad a las personas, no la tratan con amabilidad y acá no, acá, son bien simpáticos, el caballero que nos atendió."
(Gloria).**

El párrafo anterior, nos entrega información respecto de las formas de atención que se realizan en el Programa de Salud Intercultural, el cual da cuenta de un enfoque cercano y amable, esto no se condice con uno de los objetivos centrales del Programa de Salud Intercultural del Consultorio Santiago de Nueva Extremadura, el cual apunta a "Facilitar la integración de las estrategias de resolución de los Problemas de Salud tradicional y no tradicional", ya que según el relato mencionado en el párrafo anterior, la integración se da en algunas ocasiones, y fundamentalmente en la atención que desarrolla el equipo de la Salud cultural.

Para los ejecutores del Programa de Salud Intercultural es primordial desarrollar este programa tomando en cuenta los principios que sustentan una atención integral, la cual se puede llevar a cabo entregando información

adecuada, educando a la población respecto de los procesos a seguir, explicar su situación particular, respetar a los usuarios, orientando su desconocimiento para así poder entender y desarrollar una buena experiencia en cuanto a la integración y valoración de la diversidad cultural.

Lo anterior se puede entender, si se toma en cuenta el tiempo que lleva funcionando dicho Programa de Salud Intercultural, ya que se sugiere entender que la integración y valorización de la diversidad cultural en salud es un proceso, que debe ir avanzando, y que además no es fácil desprenderse de la formación profesional de la medicina clásica.

"Por la TV., no yo aquí en el mismo consultorio, yo con la misma gente, yo con una vecina, yo por ejemplo con los mismos vecinos y cuando salió el boom de la TV, yo vine a acá a pedir hora y me están dando hora pa. Dos meses más... cuando estuvo el boom de la TV, llegaron de todas partes," (María)

Otra de las motivaciones que plantearon los usuarios que se atienden en el Programa de Salud Intercultural, dice relación con el tema de la difusión, ya que en la comuna de La Pintana existe un canal local de televisión que entrega información respecto de todos los programas y actividades que desarrolla la Municipalidad a nivel local, lo cual generó una gran demanda y expectativas de atención en la población comunal.

Existen diversos motivos que inciden en que los usuarios visiten este Programa de Salud, la difusión en esta comuna es un tema principal, ya que más del 50 por ciento de los usuarios plantea que asiste y supo de este programa a través de los medios de comunicación internos, por tanto los vecinos en estos cinco años de existencia ya conocen este Programa de Salud, debido a la gran publicidad que se le dio en sus inicios.

También es importante destacar, que la comuna de la Pintana se encuentra clasificada como una comuna pobre, lo que genera gran atención de todos los Servicios Públicos, Ong`s, Organismos Internacionales, quienes desarrollan bastantes proyectos sociales, los cuales van directamente en beneficio de la comunidad.

“Si igual, por que en caso de emergencia se necesitan eso si, lo que yo siempre he criticado, es la atención el trato de ellos, si la medicina clásica igual es buena, pero lo que pasa es que el trato que le dan a la gente, aquí yo he sido muchas veces testigo de cuando retan a los funcionarios por lo mismo, yo creo que si acá se pudiera atender hasta los niños, yo creo que el consultorio no existiría, yo les digo honestamente si hubiera atención para los niños, ya los médicos irían bajando su volumen de atención”(Manuel).

Los usuarios plantean que existen diferencias en la atención de la medicina cultural y la medicina clásica, lo que genera una mayor demanda de la atención en medicina cultural, esto se ve reflejado en la gran cantidad de usuarios que se encuentran esperando un turno de atención los días miércoles, días de atención de usuarios que asisten a la consulta por primera vez.

Un tema recurrente en los usuarios al ser consultados habla del acceso a los servicios de Salud; el acceso constituye un factor central para la producción de resultados de Salud diferenciales entre los grupos humanos al interior de una sociedad. Las restricciones pueden producirse por diferentes mecanismos; ubicación, costos y aspectos culturales, dado lo anterior podemos mencionar que el programa de Salud Intercultural, cumple con estos elementos básicos centrales, ya que no tiene costo para los

beneficiarios, el lugar físico se encuentra inserto en la comunidad y por último se está trabajando en el respeto por la diversidad y la integración cultural en un mismo centro de Salud primaria.

Cabe mencionar que este Programa de Salud Intercultural no atiende a niños, por tanto los usuarios son principalmente adultos que eligen voluntariamente esta práctica, ellos visualizan que si este Programa de Salud Intercultural atendiera a niños, la demanda de la medicina Clásica disminuiría, no obstante de los planteamientos de los usuarios, no existe la posibilidad aún, de que este Programa de Salud se extienda a la población infantil, ya que muchas de las enfermedades y patologías infantiles requieren de un diagnóstico exacto a través de exámenes que dictaminen la enfermedad.

“Yo como hipertensa tenía tratamiento aquí mismo en el consultorio, por que uno venía y la dejaban con una enfermera, y ella te dice “claro como no Vái a estar hipertensa si estay como chancha de gorda”, claro entonces en vez de salir con ánimos salía mas derrotada de lo que entraba”. (Eliana).

En el párrafo anterior, se puede inferir que nuevamente un factor importante al momento de elegir entre una y otra atención médica, se encuentra el trato que los usuarios reciben de parte del equipo que atiende la Salud cultural, ya que según fuentes de esta investigación, los profesionales de la salud clásica, aun no integran el concepto de una Salud más amigable, cercana y centrada en los usuarios, quienes tienen derechos y deberes con la salud pública.

Por tanto las motivaciones principales de los usuarios para asistir al Programa de Salud Intercultural, dicen relación con los siguientes factores:

accesibilidad, cercanía, cariño, dedicación, compromiso, costos, y un enfoque centrado en la equidad, con usuarios con deberes y derechos los cuales se sienten parte de este proceso que ya lleva mas de cinco funcionando en la Región Metropolitana.

Según los usuarios, estos factores hacen la diferencia, ya que reciben un trato digno y amable que explica y aconseja respecto de cómo aportar a la mejoría de la enfermedades o dolencias que presenten, en el grupo focal los asistentes acentuaban estos factores ellos se motivaban mucho cuando se hablaba del acceso, el cariño que se da entre el equipo del Programa de Salud Intercultural y los vecinos, es en ese momento en que todos opinan en forma muy positiva respecto de esta inactiva de Salud Intercultural.

3.- Integración y valorización cultural en el programa de salud intercultural.

Para los entrevistados, la temática Indígena constituía un enigma en cuanto a información respecto de interculturalidad, ellos desconocían antecedentes culturales, en términos de costumbres y sobre todo de que dos formas de entender la medicina podían coexistir en un mismo espacio, con Profesionales que asumieran esta experiencia y la trasladaran a la práctica cotidiana.

Esto sin duda genera una nueva percepción y opinión de los usuarios respecto de este nuevo modelo de atención en Salud, y es en ese sentido que profundizaremos en este capítulo, ahondando en las experiencias de los usuarios, las cuales han generado una visión en relación a la integración y valorización cultural.

Para poder analizar es necesario revisar algunos planteamientos respecto del proceso de culturización el cual dice que no es un conjunto individual de valores y creencias, si no que tiene que ser comprendido por un grupo de personas, que se sienten parte de una identidad grupal, que asumen formas culturales de desarrollo individual y colectivo por tanto los sujetos de investigación plantean que aceptan y asumen este Programa de Salud y además le asignan notas en una escala de uno a siete, esto en términos de evaluación de la gestión realizada por los ejecutores de dicho Programa de Salud Intercultural. (Verdugo, op cit.)

En este espacio se visualiza en los usuarios del Programa, una atención importante para responder, ya que todos están muy interesados en comentar respecto de su opinión para con el Programa de Salud Intercultural, por tanto el grupo en su conjunto opina de forma muy positiva respecto de la valoración e integración cultural que genera esta iniciativa.

"Bueno, muy bueno en un escala del 1 al 7 un 7 si, la alternativa mejor que se pudo dar acá... yo creo que vamos a llegar hasta el Palacio de la República... vamos a llegar donde la Presidenta, pero al machi no lo sacan, todo lo contrario, deberían extenderse hacia otros consultorios". (Manuel).

De acuerdo al párrafo descrito, se puede inferir, que la opinión de los usuarios respecto de esta integración y valoración cultural en medicina es positiva, ellos plantean que se encuentran muy de acuerdo en la implementación de este programa y que están dispuestos a llegar a instancias mayores para que este programa no se termine en la comuna de La Pintana.

De lo expresado anteriormente también se puede destacar, esta valoración que le otorgan los usuarios al Programa, a partir de la asignación de una nota 7, lo que sin duda nos entrega una opinión positiva y sitúa al programa de Salud Intercultural como un elemento importante en el desarrollo médico y social de la comunidad.

La sobre valoración que la opinión de los usuarios presentan respecto de esta iniciativa habla de la experiencia, que les ha significado participar en el Programa, como también de los resultados que ellos han obtenido a través de la atención recibida por el machi y el equipo ejecutor del programa de Salud Intercultural.

“Si, si no fuera así, no estaríamos aquí si no la valoráramos”. (Gloria).

De acuerdo a la frase extraída, en donde una usuaria responde que si valora el programa, podemos establecer a partir de este párrafo, que los usuarios se encuentra con una opinión similar al ser consultados por la integración y valorización cultural de la medicina intercultural, aduciendo al hecho que siempre esta lleno los días de atención del machi, y que es por ello que la población se encuentra a la espera de ser atendido por este Programa de Salud.

Esto nos permite ir explorando en la opinión y percepción de los asistentes al programa de Salud Intercultural, en cuanto a que, según sus planteamientos este programa se estaría constituyendo en un espacio fundamental para mejorar la visión que se tiene del mundo indígena y su cultura.

Por tanto los usuarios reconocen y respetan esta iniciativa, valoran su ejecución y se encuentran satisfechos por el trato recibido, por el tipo de atención que se desarrolla, como también de que esta sea una iniciativa

novedosa, busca integrar a los vecinos y vincularlos en un tema reivindicativo como lo es la Salud Mapuche.

“Si por que mi hijo va en tercero básico, pero en el libro de ciencias naturales, que ahora viene siendo ciencia, por que antiguamente era Ciencias Naturales, vienen como tres o cuatro palabras, yo lo que digo es que sea una asignatura, igual que castellano y matemáticas, no solamente algunas palabras mapuches.”(María).

Los participantes del grupo focal, a través del tiempo que han participado del Programa de Salud Intercultural, les ha generado una aproximación importante en términos de información de la cultura Indígena, reconociendo de acuerdo a lo expresado en el párrafo anterior la importancia de esta cultura en la sociedad actual, no solo en la medicina si no también en otros ámbitos del desarrollo humano, como la educación formal. (Escuelas, textos, ramos).

Por tanto el tema de la integración y valorización cultural según los participantes de la investigación, no solo pasa por la implementación de Programas en Salud, si no que también es importante incorporar el elemento Intercultural en otros espacios validos para el aprendizaje de las tradiciones y costumbres del mundo indígena, a través de la educación, cocina, la danza y la lengua originaria.

La demanda que plantea la población que asiste al Programa de Salud Intercultural, no solo se refiere al tema de Salud, si no que también a los otros temas de desarrollo social, como la educación, trabajo, cultura, todo esto generado por la aproximación en una cultura que busca instalarse en la región.

“Buena comunicación por que así mismo comparte con todos (risas), esta cosa debería hacerse por lo menos una vez al mes, por que es una sensación extraña, por que uno va aprendiendo muchas cosas”.(Carlos).

La comunicación es un elemento primordial al momento de generar espacios de integración y valoración cultural, ya que de esa forma los participantes del grupo focal plantean que se puede aprender más respecto de una cultura que esta inserta en nuestro país.

Durante el desarrollo de la sesión, todos los participantes opinan sobre lo consultado, esto genera una participación importante, ya que todos hablaban desde su experiencia, lo que significa estar insertos en una temática nueva, que le ha generado aprendizaje y conocimiento de costumbres ancestrales de nuestro País.

Si bien es cierto que la integración y valorización cultural es un proceso paulatino, este debe considerar aspectos básicos al momento de su ejecución, y estos aspectos son: la comunicación, el espacio físico, una estructura ordenada de funcionamiento, recursos humano adecuado sensibilizado con el tema, y que maneje información respecto de la cultura Indígena.

Se infiere, que el hecho de instalar y desarrollar un programa de salud intercultural cercano y accesible, en un espacio físico adecuado, genera expectativa en la comunidad usuaria, ya que la praxis cotidiana de esta modalidad, aporta al fortalecimiento de la integración y valorización cultural de mas 190.085 personas indígenas y no indígenas de la comuna de La Pintana (INE, op cit.b).

"Si Samuel, y el mismo Machi, entonces uno se va con eso y se va con que la medicina es buena, si la medicina de hierbas es mejor". (Gloria).

Para Erickson (op cit.), la cultura permite validarse por varios aspectos unos de ellos el siguiente; conjunto de pautas compartidas por un grupo que se integra a la cultura general y que a su vez se diferencia de ellas. Ej.: las diferentes culturas en un mismo país.

En este sentido nosotros como país tenemos distintas culturas que nos permiten identificarnos y sub. Identificarnos, y es esto lo que pasa con el Programa de Salud Intercultural, ya que se reconoce e identifica una nueva forma de atención medica, la cual pertenece a una cultura que en nuestro país es ancestral y se valida a través de la puesta en marcha con una aceptación y participación importante de usuarios que reconocen sus resultados y que sin capaces de defender este beneficio que genera atención medica gratuita, y sin costos de medicamentos.

"y a don Manuel, uno no tiene que decirle eso, por que él le agarra la mano y le dice usted tiene, esto, esto, y esto". (Raúl).

Cuando en el grupo focal se les pregunta a los participantes por la opinión respecto del proceso de integración y valoración de la diversidad cultural en el Programa de Salud, estos básicamente hicieron referencia a aspectos personales, en términos de los éxitos que les ha significado el participar de la atención del machi.

Es importante destacar que muchos de los participantes de nuestro grupo focal, para efectos de esta investigación coinciden en que un elemento central al momento de emitir una opinión respecto de la integración y

valoración cultural, tiene que ver con las practicas que ejerce el equipo del Programa, ya que al revisar nuestras fuentes nos encontramos con muchos datos que apunta a este elemento, lo que sin duda les entrega la evaluación positiva al Programa de Salud Intercultural.

Para los usuarios la figura del Machi, les representa a un medico o una persona con poderes, quien les permite mejorar en sus vidas, por tanto es un sanador que les merece todo el respeto, y los usuarios le entregan todo su cariño y aceptación.

“Me he topado con la celebración del año nuevo mapuche, que se hizo la otra vez en un bus, y ahí otra cosas, que ellos están bien organizados, incluso tienen su oficina dentro de la Municipalidad para los que no saben”. (Claudia).

Otro de los factores importantes al momento de describir el proceso de integración y valorización de la diversidad cultural, se refleja en el párrafo anterior, en donde nuestra participante señala que ha conocido de las actividades que desarrolla el mundo indígena organizado en la comuna, esto sin duda alguna genera una opinión distinta, ya que las Organizaciones Indígenas de la comuna se encuentran permanentemente postulando a fondos que les permitan realizar actividades, con las que buscan instalar la cultura de la comunidad Mapuche que habita en la comuna de La Pintana.

Una de las principales actividades es la celebración del año nuevo mapuche, la cual se lleva a cabo el día 24 de junio de todos los años, con esta actividad el mundo Indígena organizado busca reivindicar sus costumbres ancestrales en la Región y así aportar a que la sociedad actual reconozca y respete esta cosmovisión distinta del mundo, todos estos elementos van aportando a la integración y valoración cultural.

Se concluye, que la opinión de los usuarios del Programa de Salud Intercultural, es positiva en relación a la integración y valoración cultural, no obstante, este espacio de desarrollo de la medicina cultural y tradicional no es el único que se debe desarrollar, ya que a partir de esta experiencia los beneficiarios de la comuna de La Pintana, plantean la necesidad de ir avanzando en la integración y valoración de la diversidad cultural a través de otros espacios importantes, como lo es la educación formal.

Existe un público cautivo que está dispuesto a trabajar por la reivindicación de la cultura mapuche, esto se puede determinar como una posibilidad de participación social, ya que siempre la comunidad recibe los beneficios sin participar de la elaboración y producción de dichos programas, esto podría aportar en la generación de una nueva intervención social, que signifique participación integral de los usuarios, y así aportar a la disminución del asistencialismo.

4.- Relación entre las condiciones de vida de los usuarios y los objetivos del programa de salud intercultural.

La relación entre las condiciones de vida y los objetivos del programa de Salud Intercultural, es un elemento central de este estudio, ya que a través de este elemento podemos profundizar respecto de poder determinar cuáles son los factores que inciden en la ejecución y desarrollo del Programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana.

Según los datos obtenidos a través de los instrumentos que se desarrollaron para la recolección de la información, se puede inferir que existen distintos factores que potencian la relación de las condiciones de vida de los usuarios y los objetivos del Programa de Salud Intercultural, entre

ellos se pueden mencionar por ejemplo, que la atención y los medicamentos son gratis (hierbas medicinales), además desde la opinión de los participantes hay una atención amable.

Por tanto como factor importante en términos de la situación socio económica de los usuarios jugando un rol determinante en la relación existente entre las condiciones de vida y los objetivos del Programa de Salud, pero también aparece como elemento a considerar el rápido logro de resultados en los tratamientos médicos que realiza el equipo que atiende la Salud Cultural. Por tanto esos dos factores priman fuertemente en la relación dada entre los objetivos del programa y la situación particular de los usuarios.

Es además importante conocer desde la opinión de los usuarios, cuales son los factores que inciden en la relación de sus condiciones de vida y los objetivos del programa de Salud Intercultural, ya que estos van desde el acceso a la salud, la equidad, la integración cultural y la generación de un encuentro entre dos formas de entender la vida y la medicina.

Para efectos de esta investigación es fundamental definir cual es la relación que existe entre las condiciones de vida de los usuarios, identificar por ejemplo, por que tiene tanta aceptación por parte de la comunidad este Programa de Salud.

“Bueno yo ahora con las hierbas me he sentido súper bien, por que me levantaba con mal genio no quería que nadie me hablara y ahora me levanto contenta y ando súper bien”. (Manuel).

Los usuarios al momento del desarrollo del grupo focal plantearon que uno de los factores importantes de ser considerados es el cambio que se ha

generado en el sistema individual de salud, que al tomar la medicación de la salud cultural, los avances en términos de solución de las problemáticas en salud son a corto plazo.

Esto se puede relacionar con uno de los objetivos del programa de salud intercultural, el cual habla del acceso a la salud, en el caso anterior existe la posibilidad de tomar la medicación sin costo, por otro lado la atención ha generado avances considerables según el discurso de los usuarios del Programa de Salud Intercultural.

Por tanto el factor económico se estaría constituyendo en un elemento considerable al momento de analizar dichos factores relacionales, otro de los elementos importantes a considerar al momento de realizar una evaluación habla de la forma de atención, el machi atiende en el consultorio de salud Clásico, posee una ruka, en donde recibe a los pacientes, además existe un invernadero el que realiza las labores de farmacia, ya que ahí se producen los medicamentos, y por ultimo existe la labor de lahuentuchefe o hierbatero quien les entrega la medicina en botellas que los usuarios traen desde sus hogares.

**“Yo, llevo como dos años con don Manuel, pero yo llegue por alcoholismo no lo niego, por que yo francamente por el vino vendí hasta... hasta mis cosas... vine donde él un día curada y le dije que me sentía mal y que quería que me diera remedios”
(Virginia).**

De acuerdo al párrafo subrayado, se puede inferir que los usuarios al momento de ser consultados por sus situaciones personales, hablan de problemáticas psicosociales que afectan su calidad de vida, como vemos en la exposición reciente la beneficiaria aduce un problema de salud generado

por el abuso de alcohol, el cual se encontraba dañando su desarrollo individual y familiar.

Los objetivos del Programa también hablan de aportar a la calidad de vida de las personas que carecen de recursos individuales y económicos, la idea es ser un programa abierto a la comunidad, con todos los problemas psicosociales que puedan padecer a nivel individual colectivo (grupo, comunidad), (Minsal, op cit.)

Abrir temas personales en un grupo focal es complicado, pero los usuarios no presentaron mayores complicaciones y apoyaron el tema personal, lo que sin duda se rescata el respeto por temas sensibles, y se puede visualizar que la relación que se establece en el Programa de Salud Intercultural, habla de un proceso de atención cercana y amigable.

“yo tuve suerte cuando vine la primera vez... era un miércoles y me dijeron traje el liquido no... vine el otro miércoles traje el liquido (orina) y ya listo altiro” (Héctor).

Es una constante el tema de la accesibilidad en el Programa de Salud Intercultural, desde la opinión de los usuarios siempre aparece este elemento, en el párrafo anterior habla de que no existió ninguna dificultad para conseguir atención del machi, además este es un argumento utilizado por los usuarios para no asistir a la atención de medicina clásica.

Los indicadores de cantidad de atención semestral que posee el Programa de Salud habla de más menos 1000 usuarios atendidos cada seis meses, lo que sin duda es un factor preponderante, ya que si consideramos

que algunos de estos visitan el Programa por primera vez, otros lo hacen en forma semanal o mensual en busca de su medicación en base a hierbas.

Para efectos de analizar los planteamientos de los usuarios en relación sus experiencias y opiniones, se debe mencionar la gran cantidad de demanda que tiene en este momento dicho programa, y que cada vez aumenta la solicitud de atención, esto se debe principalmente a factores positivos que los usuarios mencionan al ser consultados.

“Es grande por que yo me levantaba igual que los gatos, no quería hacer nada y ahora no, me levanto con ánimos me acuesto contenta y me levanto contenta” (Claudia).

Como podemos visualizar a través del relato de los usuarios existe un elemento que se encuentra en la mayoría de los discursos, los que hablan de cambios significativos a nivel individual, respecto de sus situaciones de salud, lo que genera una gran demanda y expectativa en la población que se atiende en los servicios de salud primarios.

Cabe destacar que el Programa de atención se denomina intercultural, por tanto esto significa que las dos formas de atención se encuentran en un mismo espacio físico, lo que debiese generar una derivación interna significativa, y según los relatos de los usuarios esto en algunas ocasiones se estaría respetando, lo que sin duda aporta a uno de los objetivos principales de este programa, el cual plantea el respeto por la diversidad cultural.

“Vienen casi todos para acá, calcule que yo estoy esperando una hora para mi hijo de endoscopia hace mas de un año y medio; yo llevo 3 años y medio aquí

y hace dos que estoy esperando que me saquen un examen pa.. El corazón, un electro y todavía estoy esperando.” (Manuel).

Los usuarios mantienen en sus relatos diferencias significativas entre las dos formas de atención en Salud, la medicina clásica, la cual se desarrolla al interior del consultorio, y la medicina cultural que se desarrolla en dependencias traseras del consultorio Santiago de Nueva Extremadura.

Una de las ideas iniciales del Programa de Salud Intercultural, habla de la coexistencia de dos formas de entender el mundo y la medicina, no plantea en sus objetivos establecer diferencias significativas entre una y otra, no obstante las haya, la idea es propender a la solución conjunta de los problemas en salud de la comunidad.

La medicina clásica desarrollada en el consultorio de salud primaria de la comuna de la Pintana, acepta y respeta esta modalidad de atención, ya que esto aporta a desconcentrar un poco la demanda de la población por atención de Salud.

“A mí me gustaría que instalaran una farmacia de hierbas para comprarles, que dijera para que sirven” (María,).

En este párrafo citado, se puede inferir nuevamente el elemento de la situación socio económico de los usuarios, ya que la medicina tradicional mantiene costos muy altos en cuanto a exámenes, medicamentos y atenciones, cuando estas no son el Servicio Público, en cambio las hierbas tienen bajo costo y según los planteamientos de los participantes no genera problemas estomacales, otro elemento importante de considerar.

Quizá sea importante considerar y explicitar en esta investigación que las personas participantes del grupo focal, tienen un buen concepto del Programa de Salud Intercultural, esto se puede deber a su percepción respecto de sus experiencias, las cuales según sus relatos son positivas, esto aporta a la opinión colectiva de dicho Programa, ya que la interacción que allí se produce facilita el traspaso de experiencias entre los usuarios que visitan por primera vez este Programa de Atención en Salud Intercultural.

Los usuarios están ávidos de presentar sus opiniones respecto de sus experiencias en este Programa de Salud, están muy de acuerdo con la integración y valoración de este Programa, ya que son ellos los beneficiarios directos aportando a mejorar la dinámica familiar y aportar a mejorar las condiciones psicosociales de la comunidad.

“Todo esto se ha ido abriendo en parte... en parte por lo que ustedes dicen... por que no falta el político... muchas veces las autoridades que recurren a machis y eso también ha ido apoyando de alguna forma sobre todo en la IX Región.” (Samuel).

Existe un factor importante de destacar en la relación a las condiciones de vida de los usuarios y los objetivos del Programa de Salud intercultural, y ese elemento es el factor político partidista, ya que el Programa debido a la gran cantidad de Público que atiende, ha sido visitado en varias ocasiones por autoridades políticas que prometen aportes y avances de infraestructura y mejoras en la cantidad de recursos materiales para el funcionamiento, no obstante, pasa el tiempo y no se han generado cambios importantes en el centro de atención de salud intercultural.

Los dirigentes indígenas se encuentran trabajando desde los comienzos del Programa, buscando mantener este, a través de aportes de

Servicios Públicos, proyectos presentados a Ong`s, Embajadas extranjeras, etc. distintos espacios de ayuda y cooperación interna y externa, no obstante no existe un avance significativo en ese tema, sólo que el Ministerio de Salud se ha pronunciado y está a cargo de las ocho comunas de Santiago que se encuentran desarrollando esta experiencia de Salud Intercultural.

En conclusión si tomamos en cuenta que los objetivos centrales del Programa de Salud Intercultural, el cual se basa en un modelo de atención con enfoque integral y familiar, “se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, este desafío sectorial obliga a relevar la atención primaria, que es la que en mayor medida recoge y contribuye al cambio cultural y de modelo asistencial que se requiere”

Con lo anterior podemos inferir que el Programa de Salud Intercultural se acerca en forma paulatina, a lograr los objetivos establecidos, los cuales hablan de un enfoque en salud accesible, cercano, amable y comprometido con la realidad social que existe en las comunidades en las que se desarrolla, por tanto el hecho de contemplar las características psicosociales de los sectores en donde se ejecutan estos programas, genera una importante aceptación de parte de los usuarios, ya que en los inicios del programa se desarrollo un estudio de la realidad comunal, el cual apuntaba a facilitar la integración de las estrategias de resolución de los problemas de la salud tradicional y no tradicional.

CONCLUSIONES

La investigación realizada para conocer si el Programa de Salud Intercultural, que se desarrolla en el Consultorio Santiago de Nueva Extremadura en la Comuna de La Pintana y que atiende a personas Indígenas y no Indígenas, propicia un proceso de integración y valoración de la diversidad cultural, ha concluido satisfactoriamente, ya que se logró recopilar toda la información necesaria, para de esta manera poder cumplir con los objetivos planteados a priori por el investigador.

En esta investigación se perseguía caracterizar las condiciones de vida, en términos socio demográficas, pertenencia étnica, situación socio económica y de accesibilidad al programa de salud intercultural de las personas indígenas y no indígenas participantes del Programa de Salud, asimismo analizar la relación de estas condiciones de vida y el proceso de integración y valoración de la diversidad cultural, tomando en cuenta factores como los aportes a la integración cultural, describir las motivaciones de los asistentes a este programa, y la opinión de los usuarios respecto a la relación entre la integración y valoración cultural del Programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana.

Debido a los cambios sociodemográficos que se han desarrollado a través de los movimientos migratorios campo – ciudad, los cuales han establecido una nueva estructura social de nuestro país, y si a eso sumamos otros dos factores como el nuevo modelo de atención integral en salud y la constante causa de las Organizaciones Indígenas de la Región Metropolitana, por reivindicar sus costumbres culturales y como elemento faltante la llegada de la democracia, se comienza a instaurar en la agenda política las temáticas del mundo indígena en la Región, todos estos hechos

contribuyeron para que el Estado se hiciera cargo de los problemas y necesidades de este grupo étnico.

Existe un reconocimiento de la cultura Indígena por parte del Estado de Chile para con los Pueblos Indígenas, es por ello que el Ministerio de Salud acoge la necesidad de los Pueblos Indígenas de incorporar la Salud Intercultural en la Región Metropolitana y para eso se crea el Programa de Salud y Pueblos Originarios, el cual pone el énfasis en el encuentro de las diversas culturas que conviven en un territorio, para coordinar acciones y esfuerzos para solucionar problemas comunes. En consecuencia, la incorporación de un enfoque en salud supone la generación de una nueva forma de entender las relaciones, reconoce la diversidad como un aporte y base de construcción de una nueva sociedad.

En este marco de compromiso social institucional, para con el mundo indígena organizado, comienza el andar paulatino de este nuevo programa de salud intercultural en donde los propios actores se hacen cargo de las problemáticas en salud y asumen el desafío de diseñar implementar y ejecutar esta política social destinada a mejorar la calidad de vida de las personas indígenas y no indígenas beneficiarias de este nuevo enfoque intercultural, el cual aporta a que la sociedad actual reconozca y valore la integración de dos formas de entender el mundo y en particular la medicina.

Existe una fuerte presencia de personas que declaran y asumen su condición de Indígenas en la Región Metropolitana, lo que sin duda genera una reacción del Estado de Chile, instalando planes y programas que contengan componentes culturales y ancestrales de desarrollo social indígena, como la educación, vivienda, danza, artesanía, salud, etc. Estos componentes culturales se instalan en la Región y permiten promover el traspaso cultural del mundo mapuche en la sociedad actual.

Los resultados obtenidos a través de los cuestionarios y grupo focal, señalan que los usuarios que en mayor cantidad participan de este Programa de Salud intercultural en su mayoría son mujeres, ya que de acuerdo también a los resultados, las mujeres de la comuna de la Pintana mantienen una tasa mayor de cesantía que los hombres, es por ello que el género femenino es quien más participa de esta iniciativa, contando con una población avanzada en edad, las cuales según las teorías de salud, que hablan de que a medida que avanzamos en edad, estamos más propensos a sufrir enfermedades.

A continuación se concluirá la investigación respondiendo a las Hipótesis planteadas

Hipótesis Nº 1

El programa de salud intercultural pretende realizar atenciones médicas y propiciar un encuentro de diversidad cultural, independiente de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

La hipótesis es rechazada, ya que el programa efectivamente busca realizar atenciones médicas y propiciar un encuentro de la diversidad cultural, no obstante también busca ser un aporte en mejorar la calidad de vida de los usuarios.

En relación a que si este Programa de Salud intercultural propicia un encuentro de integración y valoración de la diversidad cultural, se puede indicar ya finalizada esta investigación, que efectivamente genera un espacio de encuentro cultural, en donde los usuarios pueden conocer y aprender respecto de las costumbres culturales del pueblo mapuche, sobre todo en el ámbito de Salud, no obstante, es necesario ordenar este proceso, ya que todos los usuarios no perciben la misma opinión respecto de visualización de

este proceso y esto se debe a que carece este programa de un orden, programático de actividades que potencien esta generación de conocimientos, de lo contrario este programa solo se caracterizara por desarrollar atenciones medicas a través de un machi, quien les tratara en base a hierbas medicinales, sin generar esta deseada integración cultural.

La integración y valoración de la diversidad cultural que este programa de Salud Intercultural realiza, en la población objetivo, se traduce en instalar una nueva visión respecto de hacer Salud, genera en los usuarios formas distintas de medicación que a través de un Machi, persona que posee dones curativos en la cultura mapuche y que no a desarrollado sus capacidades en alguna Escuela, Instituto o Universidad, si no que su poder curativo responde a un traspaso de saberes médicos entregados de distintas formas, a través de los sueños, la naturaleza, incluso mediante enfermedades, puede generar en los usuarios interés por ser atendidos y sanar dolencias y enfermedades, a través de la revisión de las manos o de la orina, sin ocupar instrumentos, menos exámenes con equipos de alta tecnología, la sola presencia de un machi genera en los usuarios un respeto innato, una confianza al entregar su problema de salud.

Hipótesis Nº 2.

Los usuarios que se atienden en el programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana consideran que es accesible y responde a las necesidades de la población.

La hipótesis es comprobada, ya que los usuarios consideran que el Programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana, es accesible y responde a las necesidades de la Población.

El programa de Salud y Pueblos Originarios, se crea entre otras cosas con un modelo de atención integral, en donde la comunidad debe participar de los procesos resolutivos y siendo actores principales de estos avances o retrocesos, es por ello que mi investigación se centro mucho en la percepción de ellos y su opinión respecto de los procesos, por tanto los entrevistados declararon su satisfacción al ser atendidos por un machi, aduciendo que han sido muy importantes los cambios que les ha generado en su calidad de vida, no solo lo calificaron con nota máxima de uno a siete, si no que también declaran que fueron bien atendidos, que quieren mantener este programa y que están dispuestos a llegar al Palacio de la Moneda, para que esta iniciativa no termine, ya que confirma además que este programa responde a las necesidades de la población beneficiaria.

De acuerdo a lo anterior, las atenciones del machi como las del facilitador intercultural, se encuentran muy bien evaluadas por los usuarios, son ellos quienes plantean las diferencias que encuentran entre el modelo de Salud Clásico y el modelo de Salud cultural, al indagar en esta temática con los instrumentos de recolección de datos, encontramos que a partir del discurso plantean ser atendidos de mala forma por médicos, enfermeras y personal administrativo, a diferencia de lo que plantean al ser consultados por la forma de atención del equipo de la salud cultural, quienes generan confianza y cercanía en los usuarios, para así desarrollar de mejor manera los objetivos del Programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana.

En cuanto a mejorar la accesibilidad y equidad que promueve este enfoque intercultural, permite identificar a nuestros usuarios como potenciales beneficiarios de esta integración, sin distinción, ya que son personas que pertenecen en su mayoría a los servicios de Salud pública de

nuestro país, por tanto es en los consultorios de atención primaria en donde depositan toda su confianza de solución de sus problemáticas de salud, estos usuarios confirman en gran medida mis hipótesis, ya que ellos declaran que uno de los motivos por los cuales asisten a este programa se debe a que no significa incurrir en gastos, la atención no tiene costo y la medicación en base a hierbas es gratis.

De acuerdo al estudio recién finalizado, puedo dar cuenta que estos programas de salud intercultural generan en la población bastante demanda, por tanto quienes son los encargados de generar estos espacios deben hacerse cargo de estas necesidades y presentar estos resultados a las entidades responsables del Estado, para generar políticas en Salud que vayan en Pro de la mantención y mejoramiento de estos programas y que además tomen en consideración este tipo de estudio, ya que fue desarrollado desde la propia opinión de los usuarios, por tanto es un importante insumo para poder evaluar la pertinencia, los aportes teóricos y prácticos, como también poder asignar recursos económicos permanentes a través del Ministerio de Salud.

Hipótesis Nº 3.

El bajo costo es el motivo principal que tienen los usuarios al momento de elegir este programa de Salud Intercultural, tiene relación con el bajo costo económico que les significa.

La hipótesis es parcialmente aceptada, ya que los usuarios plantean que uno de los motivos principales de su asistencia al programa es el bajo costo, no obstante, también es el acceso y la calidad de la atención recibida.

Mejorar la calidad de vida, es una apuesta bastante ambiciosa desde mi punto de vista, no obstante al consultar por ello a los usuarios del Programa, queda bastante claro que ellos mantienen en la generalidad una opinión bastante positiva respecto de este tema, ya que indican que en poco tiempo de tratamiento medico con hierbas ha mejorado considerablemente sus “dolencias o patologías medicas”, si además consideramos el factor económico, estamos en presencia de una apuesta medica económica y efectiva, es por ello que debe existir un pronunciamiento desde las autoridades pertinentes respecto del tema de Salud en Chile, ya que en un mundo cada vez mas individualista y globalizado, estos espacios que generan encuentro y participación de la comunidad en la resolución de problemas de salud, nos aporta en términos de compromiso social y al desarrollo de una sociedad mas inclusiva y respetuosa respecto de nuestra propia cultura.

Hipótesis Nº 4.

La caracterización socioeconómica de los usuarios del programa de Salud Intercultural corresponde a una población principalmente de escasos recursos.

La hipótesis es parcialmente aceptada, ya que la caracterización socio económica de los usuarios es efectivamente de escasos recursos, no obstante existe un porcentaje de atenciones que no corresponde a población de escasos recursos o pobres.

Caracterizar las condiciones de vida de las personas indígenas y no Indígenas que se atienden en el Programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana, tiene directa relación con las bases de este programa, ya que, existe estigmatización respecto de dicha comuna en

cuanto a la situación socioeconómica, y a partir de lo investigado se puede concluir que efectivamente la población objetivo califica dentro de la línea de pobreza, por tanto el hecho de que este programa sea accesible, amable y cercano, genera una oportunidad de aportar a mejorar la calidad de vida de los usuarios, considerando los factores desprendidos como la falta de oportunidad laboral, bajos o escasos ingresos, jefaturas de hogar inestables en términos de tasas importantes de cesantía, que inciden claramente en una calidad de vida precaria, con autopercepciones negativas que potencian los problemas de salud modernos, o de salud mental.

Hipótesis Nº 5.

El programa de salud intercultural permite un proceso de identificación cultural y de integración de los usuarios.

La hipótesis es parcialmente comprobada, ya que por una parte el Programa de Salud Intercultural permite un proceso de identificación cultural, no obstante, no es un factor determinante al momento de elegir esta alternativa de Salud.

Cuando hablamos de integración cultural, nos referimos a que en un mismo espacio se mezclan dos formas de entender el mundo y en este caso en particular la medicina, no obstante los resultados obtenidos, nos indican que la mayor cantidad de participantes de este programa, declaran no pertenecer a ninguna etnia, por otra parte, de los asistentes que si declaran pertenencia étnica, la mayor cantidad se refieren a la etnia mapuche, la que sin duda concentra según Fuentes del Censo del año 2002, una cantidad importante de mapuches en la Comuna de La Pintana.

Esto aporta a que los equipos de salud intercultural se preocupen de la ejecución de dicho programa en tanto, fortalecen las atenciones, mejoran la calidad de las hierbas medicinales, también generan espacios de reflexión y aprendizaje con la comunidad respecto de la temática indígena, lo que sin duda potenciaría de mejor manera la integración y valoración de la diversidad cultural, como forma de mantención y encuentro cultural de dos formas de ver el mundo y la Salud de nuestro País.

Otro aspecto importante a considerar al momento de desarrollar una evaluación del funcionamiento de este programa, es la comunicación fluida que debe haber entre los equipos que atienden. No solo en términos de la derivación de pacientes, si no que para poder establecer criterios unificados de atención en donde la sensibilización respecto de la temática indígena se tome en cuenta, a través de talleres, seminarios, encuentros, etc. Se hace necesario que todos los equipos participen de estas actividades, lo que sin duda generara una mejor aceptación entre la población beneficiaria, desarrollando una percepción positiva de todo el Programa de Salud Intercultural.

La sociedad actual se encuentra en constantes transformaciones, con un modelo económico basado en el libre comercio y con un enfoque de globalidad imperante, no aporta a la mantención de las costumbres culturales de mas de medio millón de personas indígenas, por tanto son ellos mismos como Organizaciones Indígenas, quienes a través de diversas actividades buscan mantener sus tradiciones culturales, las que de acuerdo a la investigación realizada, es muy bien recibida por toda la población beneficiaria del Programa de Salud Intercultural, lo que sin duda genera un espacio de integración y valoración de la diversidad cultural. (INE, op cit. b)

Es por ello del interés por describir desde la percepción de los usuarios la opinión que les ha generado este programa de salud, y la comunidad beneficiaria plantea que sin duda es una muy buena apuesta, que ellos valoran de buena manera esta posibilidad y además les instala la necesidad de conocer más información respecto de la cultura mapuche, eso es un avance importante al momento de evaluar los objetivos de los creadores de este programa, ya que se esta cumpliendo con uno de los principios como es el de el reconocimiento cultural de la medicina mapuche.

El tema Indígena en nuestro país es fuente de interminables desacuerdos, por una parte para el Estado que nunca ha podido asumir de buena manera esta problemática, ya que no solo con establecer la Ley Indígena en el año 1993 e instalar programas que vayan a favor de la mantención cultural del Pueblo mapuche, si no que también es importante relevar la deuda histórica de nuestro país para con el mundo indígena, esto permitirá que la sociedad actual visualice al pueblo indígena como un aporte y no como un grupo de personas que mantiene un conflicto armado en el sur de nuestro país. Lo que sin duda alguna facilitara de mejor manera a estos programas de rescate de las tradiciones culturales.

En relación a que este programa busca ser una alternativa real de atención en salud a la población que asiste al consultorio de Salud Intercultural, se puede concluir que efectivamente esto podría ser considerado como una posibilidad real de solución alternativa de problemáticas en Salud, no obstante, falta una inyección en términos de preocupación de las autoridades respecto a las condiciones en las cuales el equipo de Salud intercultural se encuentra trabajando, existen claros problemas de infraestructura en el lugar, como también existe la necesidad de mejorar el vivero existente en el consultorio, ya que la única fuente medica que posee el programa de salud intercultural.

Después de más de cinco años de funcionamiento de esta iniciativa, se puede inferir que ya se cumplió con un primer paso, ya que se instaló en la comunidad esta forma de entender la medicina, por tanto la experiencia desarrollada debe permitir avanzar en la mejora del Programa, llamando a la comunidad organizada y beneficiaria, a exigir a las autoridades pertinentes que se hagan cargo de este programa en términos de mejorar las condiciones de ejecución y así permitir que iniciativas que vayan a favor de mejorar la calidad de vida de la población y además generen espacios de encuentro cultural no se terminen.

Es difícil pensar aún en que este programa de Salud Intercultural, sea en un futuro cercano parte de una reforma en Salud, que obligue a todos los Servicios de Salud de nuestro país a crear en cada consultorio este programa, no obstante se pretende crear conciencia respecto de cómo estamos viviendo como ciudadanos hoy en nuestra sociedad, ya que las enfermedades modernas cada vez nos están enfermando más, por tanto aprovechar estas instancias distintas de Salud, sería un aporte para una sociedad individualista, exitista y que no aporta a la participación social.

Finalmente de el Programa de Salud Intercultural que se desarrolla en la comuna de la Pintana, podemos decir que está generando participación social, aportando a la integración cultural de nuestro país, permitiendo que se mantengan las tradiciones culturales del mundo Indígena, siendo una alternativa de atención real en Salud a la población beneficiaria de la Comuna de La Pintana, potenciando una experiencia importante y novedosa, que posee una aceptación positiva de los usuarios en cuanto a la solución de sus problemas en Salud, y que debería captar la atención del Estado, el cual debe hacerse cargo de un programa que está generando aceptación e integración cultural, a partir de la reconstrucción histórica de nuestro País.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para muchos hablar del mundo indígena hoy, es sinónimo de conflictos, guerras campales entre carabineros y comuneros mapuches del sur de nuestro País, también de muertes, marchas, tomas, etc., pero el mundo indígena tiene mucho más que eso en términos de aportes en nuestra sociedad, y eso se traduce en la mantención cultural de sus costumbres ancestrales.

El gobierno ha hecho esfuerzos por aportar a la reivindicación de las costumbres culturales, y es por ello que se han implementado proyectos y programas que vayan en favor de la reivindicación cultural, desde ahí nace el Programa de Salud y Pueblos Originarios, el cual busca instalar la medicina mapuche en un mismo centro de Salud en donde se practica la medicina clásica, es en este contexto en el que desarrollo mi investigación la cual buscaba indagar respecto de la calidad de vida de los usuarios, y la relación de esta con la integración y valoración de la diversidad cultural.

Considerando lo anterior es que uno de los hallazgos encontrados en esta investigación y el más importante es que la población beneficiaria presenta un gran interés por esta iniciativa de atención medica, ya que aquello les permite por una parte aportar a una mejor calidad de vida y a la vez genera un encuentro entre dos formas de entender la vida y en particular la medicina.

La comunidad perteneciente al consultorio Santiago de Nueva Extremadura de la Comuna de La Pintana, es capaz de organizarse y presentar propuestas reales, que generan impacto en la comunidad, iniciativas que efectivamente aportan al desarrollo en el ámbito de la salud pública.

Es importante también destacar que en una sociedad que avanza y cambia constantemente es posible ponerse de acuerdo e instalar programas de integración y valoración cultural, que consigue alta atención de los usuarios y que sirve como proceso de intervención validado por la propia comunidad y profesionales comprometidos en procesos de cambios sociales.

Sin duda, estamos hablando de una apuesta en Salud, que no podemos denominar como ciencia y que tampoco corresponde a una experiencia científica particular, no obstante, según los datos obtenidos a través de la opinión de los usuarios, podemos decir que esta alternativa de Salud, ancestral cuenta con la aceptación de la comunidad beneficiaria del Consultorio Santiago de Nueva Extremadura en la comuna de La Pintana y que atiende a personas Indígenas y no Indígenas, los cuales se encuentran muy contentos con esta posibilidad y que además mantiene una gran demanda de atención médica de un Machi, el cual a través de hierbas medicinales aporta a mejorar “dolencias y enfermedades”.

Para ellos es importante que se considere en la agenda política, esta nueva apuesta del mundo Indígena, la cual para dichos usuarios no tiene costo, por tanto se transforma en una necesidad de atender desde el Estado, para así mantener y mejorar este programa, el cual ha generado en los usuarios un nuevo concepto en salud.

No sólo se considera la atención del Machi como interculturalidad, si no que también es la posibilidad de integrar en un mismo espacio dos formas de entender el mundo y en especial la medicina, por tanto se cree necesario fortalecer este espacio, el cual nos está ayudando a mantener y rescatar las costumbres culturales de nuestro país, no obstante se debe mejorar esta iniciativa, y para ello es necesario que esta investigación sea un aporte, ya que se extrae desde la opinión de los propios usuarios, son ellos quienes

hablan desde sus propias experiencias, cuales fueron sus resultados y por tanto se puede inferir a través de esta investigación que los consultados están muy de acuerdo con esta alternativa de salud, la que además les ha generado una necesidad de información del mundo Indígena de nuestro País.

Otro hallazgo importante de analizar, tiene relación con el papel que cumple la comunidad en esta iniciativa, ya que son ellos los encargados de instalar sus experiencias en cuanto a resolución de sus problemáticas en salud, son también ellos quienes deben ser capaces de plantear sus demandas, las cuales tienen directa relación con los aportes en términos de mejorar su calidad de vida, ya que así no se visualiza a la comunidad como un grupo de personas que hay que asistir, si no que pueden presentar propuestas claras de intervención en Salud.

Por ello la importancia a mi parecer de crear talleres, encuentros, seminarios de Salud Intercultural, ya que así se puede involucrar a las autoridades académicas y políticas en esta temática y concretar aportes que vayan en favor de mejorar esta experiencia, ya que según los resultados obtenidos existe bastante material respecto del proceso desarrollado hasta este momento, lo que sin duda aportara a mejorar también la visión que se tiene respecto del Mundo Indígena organizado.

Los entrevistados usuarios del Programa de Salud Intercultural, sienten que el Gobierno tiene mucho que decir respecto de la mantención de esta iniciativa, la que según ellos no demanda recursos importantes para su ejecución, todo lo contrario es una alternativa accesible y de bajo costo.

Por ultimo podemos destacar que a pesar de todos los esfuerzos por mejorar la salud en Chile, acá se encuentra funcionando un Programa que ha

potenciado el modelo comunitario en Salud, con un enfoque de atención integral, destinada a la población indígena y no indígena, que posee carencias en el plano económico, y que ha generado un aporte en términos de mejorar la calidad de vida, tomando en cuenta que es una alternativa de Salud que no demanda grandes inversiones.

Se cree importante que se deben potenciar experiencias como el Programa de Salud Intercultural, ya que son iniciativas que nos generan saldos positivos al momento de la evaluación desde los usuarios y del equipo de Salud, esto se desprende al momento de finalizar la investigación en la cual se puede indicar que efectivamente este Programa atiende a personas Indígenas y no indígenas y propicia una integración y valoración de la diversidad cultural, sin tener que ser un gasto importante en cuanto a su mantención para el Ministerio de Salud, y que además nos aporta al reconocimiento y respeto por una cultura que ha sido luchadora desde la conquista de America latina.

APORTE AL TRABAJO SOCIAL

Finalmente se complementa el estudio efectuado a través de las reflexiones y aportes, que desde las teorías del Trabajo Social se pueden hacer frente a la temática presentada, la que involucra a una comunidad que acepta y asume una forma distinta de atención en salud, como es la salud intercultural, la cual intenta no solo atender necesidades en el ámbito de las problemáticas en salud, si no que también pretende ser un aporte a la integración y valoración de la diversidad cultural en una sociedad cada vez más individualista y globalizada, y en donde aun así se generan espacios de encuentro y aportes al conocimiento de las costumbres ancestrales.

El Trabajo Social como disciplina de las Ciencias Sociales, siempre debe estar atento a los cambios sociales y además de conocer como se abordan las problemáticas sociales en nuestro país, de que manera se concretan los planes y programas que apuntan a mejorar el desarrollo de nuestra sociedad, debe también ser capaz de abordar de manera responsable, a través, de acciones respaldadas por un sustento teórico obtenido de una investigación y del análisis de una realidad.

La importancia que conlleva la investigación aquí propuesta y desarrollada, nos entrega luces claras respecto de cómo se abordan en Chile temáticas incipientes en cuanto al que hacer social en términos del que hacer práctico y aportes concretos a la reflexión de un tema que podemos denominar de innovador, ya que si bien tiene algunos años de funcionamiento, no obstante, no tiene la misma cantidad de investigaciones que aporten a mejorar estas iniciativas, es por eso que esta investigación trae consigo desafíos concretos de poner en la palestra la situación de un grupo de personas que tienen la necesidad de mantener estos espacios de

atención en salud alternativa, como también de seguir buscando mejorar la calidad de vida de los usuarios del Programa de Salud Intercultural.

Otro de los aportes de esta investigación dice relación con el conocimiento adquirido para intervenir en una realidad compleja, en la cual se encuentran más de medio millón de personas en la ciudad, las cuales intentan mantener sus tradiciones culturales, en una sociedad en donde se conjugan distintos factores adversos tales como: la discriminación, la carencia económica y la exclusión, por otra parte, la falta de políticas claras desde el Estado para con este sector de la población, quienes también arrastran una historia desfavorable en cuanto a la usurpación de tierras en el sur de nuestro País, conflicto que se sigue arrastrando y que para mal de nuestra sociedad ha comprometido hasta vida de comuneros mapuches.

Es por ello que una de las importancias que podemos destacar de este programa de Salud Intercultural, es que este integra a la comunidad en un trabajo participativo, en donde los propios actores se involucran en la organización del Programa, esto tiene que ver con un enfoque de empoderamiento social, que asumen los facilitadores comunales, para generar acciones que vayan en favor de mejorar la atención de los usuarios de dicho Programa.

Por otra parte el Trabajo Social como disciplina tiene acá una fuente importante de intervención, ya que en este Programa se conjugan los tres modelos de intervención de nuestra profesión, caso, grupo y comunidad, insertos en un mismo espacio de desarrollo social comunitario.

En términos de individuos nos encontramos con las distintas realidades de estos a través de factores como trabajo, ingreso, situación de salud, etc. Lo que sin duda incide directamente en la calidad de vida de las

personas indígenas y no indígenas que se atienden en el Consultorio de Salud Intercultural, conocer las realidades de los usuarios, indagar respecto de sus experiencias y capacidades para aportar al desarrollo de estos y su grupo familiar, por ende su entorno social mediato.

La metodología de grupo podemos indicar que el hecho de que una organización este a cargo de la instalación de esta modalidad en salud, permite crear espacios de atención grupal a través de talleres de sensibilización de la temática indígena los cuales se pueden ejecutar con los equipos de salud, profesionales, enfermeras, administrativos, etc. En diversas materias como instalar capacidades en estos grupos para que ellos puedan desarrollar monitoreo de los resultados y aportes del Programa en la comunidad beneficiaria.

Como metodología de comunidad, podemos encontrar un gran nicho de intervención social, ya que en el grupo beneficiario podemos intervenir en los factores que inciden en el impacto generado por esta iniciativa de atención en Salud, generando investigación y diagnósticos que nos permitan realizar aportes en cuanto a la reflexión permanente del que hacer, en un programa que busca ser una real alternativa de atención en Salud.

Desde una perspectiva crítica el Trabajador Social también le corresponde cuestionar esta problemática y la forma en que hasta ahora ha sido abordada, ya que el tema indígena en nuestro país continua siendo un foco de conflicto, por tanto como profesionales debemos asumir una postura respecto de que si estos programas son verdaderamente un aporte a la solución de los temas pendientes para con el Mundo Indígena, o solo se trata de un enfoque sin sustento político y legal en el abordaje de la temática reivindicativa del Mundo Indígena urbano.

En definitiva, los aportes para el Trabajo Social, son variados al momento de conocer una nueva área de intervención, sobre todo cuando estamos frente a un modelo comunitario de intervención en Salud, por otra parte nos entrega insumos teóricos y prácticos respecto de un fenómeno importante, que cada vez tiene mas adeptos, según la actual investigación, y que sin duda carente de un aporte profesional en su diseño, ejecución y evaluación.

Considerando lo anterior y citando a Ezequiel ander – Egg (op cit.), que plantea que los trabajadores Sociales debemos oficiar y aportar a hacer agentes de cambio, en una realidad particular que esta llena de desafíos, a nivel de poder tener conciencia profesional y una mirada integral de las causas y consecuencias de este fenómeno en los individuos y en nuestra sociedad.

La realidad social de nuestro país mantiene cambios en distintos niveles, sociodemográficos, políticos administrativos, socioeconómicos, etc. Es por ello que la investigación otorga relevancia y validez para el Trabajo Social, ya que entrega insumos teóricos y prácticos de un fenómeno relevante como es el Programa de Salud y Pueblos Originarios, que se esta desarrollando en la Región Metropolitana y que no solo aporta a mejorar la calidad de vida, si no que también es un aporte a nuestra sociedad en términos de respetar e integrar costumbres culturales de nuestros Pueblos Originarios.

Respecto de cómo el Trabajador Social, debe aproximarse hacia el tema de la Salud Intercultural, no existen recetas, ya que no solo debe abordar este fenómeno con una mirada de problemática social, si no que también como una oportunidad de aportar a una experiencia, que de no ser abordada a nivel de Gobierno, pasara a ser un nudo critico de resolver, sin

embargo nuestra postura profesional debe ser propositiva, promoviendo espacios de comunicación, reflexión y encuentro, de acuerdo a un modelo de integración y respeto por la diversidad cultural, en donde el Trabajador Social tiene mucho que decir como agentes de cambio, con una visión global de los factores que inciden en la situación particular y fortaleciendo las capacidades individuales y colectivas de los actores principales de esta nueva alternativa de Salud Comunitaria.

BIBLIOGRAFIA

- Aldunate, C (1997) **“Mapuches gente de la tierra en Culturas de Chile”**, Editorial Andrés Bello, Chile.
- Ander- Egg, (1995) **“Diccionario de Trabajo Social”**; Lumen, Argentina
- Asociación, Mapuche (2002) **“La sabiduría Mapuche femenina sobre las redes de un telar”** Lo Prado.
- Bengoa, J (1985a) **“Historia del pueblo mapuche”**, Lom ediciones, Santiago Chile
- Bengoa, J (2003b) **“Historia de los antiguos mapuches del Sur”** Editorial Catalana.
- Bengoa, J (1999c) **“Historia de un conflicto, los mapuches y el estado en el siglo XX”**. Editorial Planeta, Santiago Chile.
- Conadi (1997) **“Revista de pueblos indígenas”**, Santiago de Chile.

- Cuche, D (1999) **“La noción de cultura en las Ciencias Sociales”**
Nueva visión, Buenos Aires.
- Cunningham, M (2002) **“Etnia, cultura y salud”**,
Organización Panamericana de la Salud. Nicaragua
- Curivil, R (1998) **“Cosmovisión mapuche y cristianismo”**, Ediciones Rehue;
Santiago Chile.
- Erikson, E (2000) **“El ciclo vital completado”**.
Ediciones Paidós ibérica. Barcelona.
- Freire, P (1970) **“La pedagogía del oprimido”**,
Editorial Tierra Nueva, Montevideo.
- Friedman, M (1992) **“Libertad de elegir, hacia un nuevo Liberalismo económico”**,
Editorial Grijalbo.
- Fuenzalida, C (2005) **“Educación e integración cultural en Chile”**, Documento Universidad Católica de Chile.

- Gauger, C (2002) **“Acerca de la empiria del proceso de Individuación”**,
Los arquetipos y lo Inconsciente
Colectivo, 2ª edición 2010.
- Geertz, C (1990) **“La interpretación de las culturas”**,
Gedisa, Buenos Aires.
- Hauser, R
Montecinos, X
Quintanilla, M (1997) **“Cuadernos de la academia nº 6”**,
Por una interculturalidad en salud,
U. A. H. C.
- Hernández, R
Fernández, C
Batista, P (1991) **“Metodología de la investigación”**,
MC. Graw Hill, México.
- Ibacache, J (1997) **“La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural”**
Servicio Salud Araucanía Sur, Chile.
- Jonhston, R.J. (1981) **“Diccionario de Geografía Humana”**, Madrid.

- Latcham, R (1924) **“La organización social y las creencias religiosas de los antiguos Araucanos”**
Impresiones Cervantes, Santiago Chile.
- Linton, R (1936) **“El estudio del Hombre”**,
Universidad de Chicago, EE.UU.
- Marx, C (1997) **“Manifiesto del partido comunista”**,
Cuarta edición, impresos de alba.
- Mercado, E (2009) **“La marginalidad, caminos de Encuentro con sus reflexiones Originarias frente al cambio social”**
Documento de trabajo, Santiago Chile.
- Mesa Regional Indígena (2002) **“Información de programas y servicios públicos para mujeres Indígenas, Región metropolitana”**,
Santiago Chile.
- Mideplan (1993a) **“Ley Indígena N° 19.253”**,
Santiago Chile.

- Mideplan (2000b) **“Documento N° 14, Etnia y Pobreza En Chile”**, Santiago Chile.
- Minsal (1996 a) **“Primer encuentro Salud y pueblos originarios”**, Documento Minsal, Santiago Chile.
- Minsal (1996 b) **“Principales logros y lineamientos Programa de Salud”**, Documento Minsal, Santiago Chile.
- Minsal (1996 c) **“Mirando juntos el futuro”**, Documento Minsal, Santiago Chile.
- Minsal (2003 d) **“Políticas de Salud y Pueblos Indígenas”** Documento, Minsal, Santiago Chile
- Molina, C
Huenchulaf, M
Nahuelcheo, Y (1997) **“Documento de Salud y pueblos Indígenas”**, Seminario de Salud intercultural, Servicio de Salud Araucanía.
- Olmedo, M; Ramírez, S; Suárez, I; Urzúa, J, y otros (2004) **“Perspectivas de la salud intercultural Mapuche en el contexto de ocho Comunas del Gran Santiago”**, informe De practica Delegación Provincial de Santiago.

- OPS/OMS (1993a) **“Salud y pueblos indígenas”**,
5 Resolución, Septiembre,
Nicaragua.
- OPS/OMS (1993b) **“Sistemas locales de Salud”**,
Documento de trabajo, Washington.
- OPS/OMS (1998c) **“Enfoque de Salud intercultural”**,
Documento de trabajo, Washington.
- Ortelli, S (1996) **“La araucanización de las pampas:
¿Realidad histórica o
construcción de los etnólogos?”**
Anuario del I.E.H.S.
- Rowlands, J (1997) **“Empoderamiento de las Mujeres
Rurales En Honduras”** Editorial,
Leòn Magdalena.
- Sáez, M (2003) **“Comisión de Política de Salud y
Pueblos Indígenas”**, Gobierno de
Chile.

- Toledo Llancaqueo, V. (1997) **“Situación de Salud de los pueblos Indígenas”**, Documento de trabajo OPS/Minsal, Chile.
- Thompson, J. (1990) **“Ideología y Cultura Moderna”**, Teoría crítica social en la era de la Comunicación de masas. División de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. México.
- UNESCO (1992) **“Conferencia Mundial de la UNESCO, sobre el patrimonio Cultural”**, México.
- Urrutia Barroso, L (2003) **“Sociología y Trabajo Social Aplicado”** Editorial Félix Varela La Habana.
- Verdugo, W (1997) **“Culturización”**, Documento de Trabajo, Instituto Pedagógico de Postgrado de Sonora, México.

FUENTES ELECTRONICAS

Aula intercultural (2010)	“Concepto de Interculturalidad” (Consultado el 27 de septiembre 2010) www.aulaintercultural.org/articloe.php3?id_article=54 .
Conadi (2010a)	“Convenio N° 169 OIT” (Consultado el 22 de septiembre 2010) www.conadi.cl/images/convenio169nov2010pdf .
Conadi (2010b)	“Ley 19.253” (Consultada el 23 de septiembre 2010) www.conadi.cl/documentos/leyindigena2010t.pdf
INE (1992a)	“Censo 1992”. (Consultada el 07 de septiembre 2010) www.ine.cl/canales/usuarios/cedoc_online/pdf .
INE (2002b)	“Censo 2002” (Consultada el 07 de Septiembre 2010) www.ine.cl/canales/chile_estadistico/censos_poblacion_vivienada/censo_pobl_viv.php .

- La Pintana (2010) “Programas de Salud”
(Consultado el 25 de
septiembre 2010)
[www.pintana.cl/index.php?option=com_content.
&task=view&id=171&Itemid=97](http://www.pintana.cl/index.php?option=com_content.&task=view&id=171&Itemid=97)
- Mideplan (2006c) “Encuesta de caracterización
socioeconómica nacional”
(Consultada el 08 de
septiembre 2010)
www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2006/resultados_distribucion_ingreso_Casen_2006.pdf.
- Minsal (2008) “Boletines bibliográficos
pueblos originarios”
(Consultado el 25 de
septiembre 2010)
www.redsalud.gov.cl/portal/url/item.pdf.
- La Pintana (2010) “Programas de Salud”
(Consultado el 25 de
septiembre 2010)
[www.pintana.cl/index.php?option=com_content.
&task=view&id=171&Itemid=97](http://www.pintana.cl/index.php?option=com_content.&task=view&id=171&Itemid=97)

ANEXOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Condiciones de Vida: El conjunto de circunstancias materiales de la existencia y supervivencia de un individuo o grupo humano. Abarca múltiples dimensiones: vivienda, trabajo, educación, seguridad, salud, entre otras.

También la podemos definir como estado o situación en que se halla un grupo de personas en un contexto histórico determinado, que va a generar algún tipo de comportamiento grupal de seres sociales. Las condiciones de vida se relacionan a individuos y grupos humanos. (OMS, 1997)

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Condiciones de Vida: Para efectos de esta Investigación se entenderá por Condiciones de Vida, los factores que inciden en la calidad de vida de los usuarios del Programa de Salud Intercultural de La Comuna de La Pintana, considerando elementos como condiciones sociodemográficas, situación socioeconómica, pertenencia étnica y accesibilidad al Programa de Salud Intercultural.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Proceso de Integración Cultural: Fenómeno situacional de encuentro de una o mas formas culturales desarrolladas en un mismo espacio físico, en un tiempo determinado con el objetivo de coordinar acciones concretas a favor de individuos y comunidad. (Fuenzalida, 2002)

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Proceso de Integración Cultural: Para efectos de esta investigación se entenderá por proceso de Integración Cultural, el fenómeno de instalación de

dos formas de entender el mundo y en especial la medicina, en un mismo espacio físico con dos equipos coordinados en el área de Salud.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Valoración de la Diversidad Cultural: La diversidad cultural refleja la multiplicidad e interacción de las culturas que coexisten en el mundo y que, por ende, forman parte del patrimonio común de la humanidad. Implica, por un lado, la preservación y promoción de culturas existentes y, por otro, la apertura a otras culturas. (Fuenzalida, 2002)

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Valoración de la Diversidad Cultural: Para efectos de esta investigación, se entenderá por valoración de la diversidad cultura, la percepción de los usuarios del Programa de Salud Intercultural, en cuanto a como califican esta integración, es decir que valor le asignan a este proceso.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Subdimension	Indicador
Condiciones de Vida de las personas Indígenas y no Indígenas que se atienden en el Programa de Salud Intercultural	Condiciones Sociodemográficas	Identificación Sexo	Masculino
			Femenino
		Edad	0 a 19 años
			20 a 39 años
			40 a 59 años
			60 y más
		Nivel Educativo	Nunca asistió
			Básica Incompleta
			Básica completa
			Media Incompleta
			Media Completa
			Media Técnica Incompleta
			Media Técnica Completa
			Técnica Superior Incompleta
Técnica Superior Completa			
Universitaria Incompleta			

			Universitaria Completa
		Estado Civil	Casado (a)
			Viudo (a)
			Soltero (a)
			Separado (a)
			Otro
	Pertenenencia Étnica	Etnia	Mapuche
			Rapa Nui
			Aymara Quechua
			Otra
	Situación Socioeconómica	Mantención de Actividad Laboral	Si
			No
		Ingreso Promedio Mensual	Menos de \$ 50.000
			Entre \$ 51.000 y \$ 100.000
			Entre \$ 101.000 y \$ 200.000
			Entre \$ 201.000 y \$ 300.000

			Entre \$ 301.000 y \$ 400.000
			\$ 401.000 y Más
		Mantiene Jefatura de Hogar	Si
			No
	Salud	Tipo de Previsión	Fonasa
			Isapre
			Credencial de Salud
			Ninguna
			Otra
		Asistencia al Consultorio de Salud Primaria	Diariamente
			Semanalmente
			Mensualmente
			Una vez cada dos Meses
			Una vez al año
			Cuando esta enfermo
		Pertenencia Sistema	Si

		Público de Atención	No
		Tipo de Atención recibida en el Programa de Salud Intercultural	Atención de Machi Atención Dental Atención Oftalmológica Lahuentuchefe Otra
		Cantidad de Atenciones Recibidas	Una Atención Atención en mas de una vez Volverá a Consultar al Programa.
		Motivo de Asistencia	Iniciativa Propia Perteneencia Agrupación Indígena Familiar recibe atención Otra Razón

Proceso de Integración Cultural.	Accesibilidad al Programa Salud	Existencia de Integración Cultural	Si
			No
		Opinión de Integración Cultural	Muy Buena
			Buena
			Regular
			Mala
			Muy Mala
		Aporta al conocimiento cultural	Si
			No
		Valoración de la Diversidad Cultural	Percepción del Programa de Salud Intercultural.
No			
Atención del Machi	Buena		
	Mala		
	Regular		
	Cómoda		

			Incomoda
		Tiempo de atención recibida	Suficiente
			Insuficiente
Opinión de los usuarios respecto de la valoración cultural	Asignación de nota al Programa		1.-
			2.-
			3.-
			4.-
			5.-
			6.-
			7.-
	Alternativas de Atención de los usuarios		Solo por alternativa de atención medica.
			Solo por ser medicina mapuche.
			Solo por la gratuidad del servicio.
			Facilidad de Medicamento
			Otra Razón.

ANEXO II

ENCUESTA USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL DE LA COMUNA DE LA PINTANA.

Buenas Tardes

Mi nombre es Eduardo Pezoa, soy alumno tesista de Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, estoy realizando una encuesta para conocer su percepción sobre el Programa de Salud Intercultural que se esta desarrollando en el Consultorio Santiago de la Nueva Extremadura de la Comuna de La Pintana.

Por esta razón, es que quiero hacerle algunas preguntas, lo que usted conteste será confidencial, por lo que le pido que sea lo más sincero (a) con sus respuestas.

No hay respuestas buenas ni malas, solo me interesa conocer su opinión respecto de el Programa de Salud Intercultural.

Desde ya Muchas Gracias.

I INDIVIDUALIZACIÓN.

- 1.- Sexo
1) Femenino _____ 2) Masculino _____
- 2.- ¿Cual es su edad?

- 3.- ¿pertenece usted a alguna etnia?
1) Sí
2) No
- 4.- ¿Si pertenece a alguna etnia mencione a cual?
1) Mapuche
2) Rapa Nui
3) Aymara
4) Quechua

5) Otra ¿Cuál? _____

5.- ¿Cuál es su estado civil?

- 1) Casado (a)
- 2) Viudo (a)
- 3) Soltero (a)
- 4) Separado (a)
- 5) Otro. ¿Cuál? Especifique _____

6.- ¿Cuál es su grupo familiar? (con quien vive usted)

Parentesco	Sexo	Edad

7.- ¿Cuál es su nivel educacional? (hasta que curso llegó)

- 1) Nunca asistió
- 2) Básica incompleta
- 3) Básica completa
- 4) Media incompleta
- 5) Media completa
- 6) Media técnica incompleta
- 7) Media técnica completa
- 8) Técnica superior incompleta
- 9) Técnica superior completa
- 10) Universitaria incompleta
- 11) Universitaria completa

II ACTIVIDAD ECONOMICA, EMPLEO, INGRESOS

8.- ¿Tiene alguna profesión u oficio?

- 1) Si
- 2) No

9.- ¿Cuál es?

10.- ¿Se encuentra actualmente trabajando?

- 1) Si
- 2) No

11.- ¿Es usted jefe (a) de hogar?

- 1) Si
- 2) No

12.- ¿Cuál es el ingreso promedio mensual? (ingreso de todo el grupo familiar, incluyendo el entrevistado)

III SALUD

13.- ¿Qué tipo de previsión tiene?

- 1) Fonasa
- 2) Isapre
- 3) Credencial de Salud
- 4) Ninguna
- 5) Otra ¿Cuál? _____

14.- ¿Se encuentra Adscrito algún Consultorio de La Comuna?

- 1) Si
- 2) No

15.- ¿Cuándo enfrenta problemas de Salud, donde se dirige?

- 1) Consultorio Municipal dentro de la Comuna
- 2) Consultorio no Municipal dentro de La Comuna (hogar de cristo, cruz roja, Club de leones, Fundación Santa Ana)
- 3) Consultorio Público de otra Comuna
- 4) Consulta Medico Particular
- 5) Hospital Público
- 6) Programa de Salud Intercultural del Consultorio Nueva Extremadura

7) Otro especifique ¿Cuál?

16.- ¿Con que frecuencia asiste Ud. Al Consultorio o Servicio de Salud?

- 1) Diariamente
- 2) Semanalmente
- 3) Mensualmente
- 4) Una Vez cada dos meses
- 5) Una vez al año
- 6) Solo cuando esta enfermo
- 7) Otro _____

17.- ¿Usted se encuentra inscrito en el Programa de Salud Intercultural?

- 1) Si
- 2) No

18.- ¿Cuál es el tipo de atención que Ud. Recibió en el Programa de Salud Intercultural?

- 1) Atención de Machi
- 2) Atención Dental
- 3) Atención Oftalmológica
- 4) Otra ¿Cuál?
- 5) Lahuentuchefe (hierbatera)

19.- ¿Actualmente Ud. Sé está atendiendo en el Programa de Salud Intercultural?

- 1) Si
- 2) No

20.- ¿Cómo se entero del programa de Salud Intercultural?

- 1) A través de mi Organización
- 2) A través del Municipio
- 3) Por un amigo
- 4) Por la prensa (escrita, tv, radio)
- 5) Por otra razón ¿especificar_____

IV. Percepción sobre el Programa de Salud Intercultural

21.- ¿Cómo se sintió usted al ser atendido por un Machi?

1. Bien
2. Mal
3. Regular
4. Cómodo
5. Incomodo

22.- ¿Por qué asistió al Programa de Salud Intercultural?

- 1) Poo iniciativa propia
- 2) Por participar de una Organización Indígena
- 3) Por que un familiar se atendió y curó su dolencia
- 4) Por otra razón especificar _____

23.- ¿El tiempo que le dedico el Machi usted considera que fue?

- 1) Suficiente
- 2) Insuficiente

24.- ¿En cual de estas situaciones se encuentra usted?

- 1) Se atendido una sola vez
- 2) Se ha atendido mas de una vez

25.- ¿Para qué asistió al Programa de Salud Intercultural?

- 1) Solo a informarse acerca de la atención del Programa
- 2) A consultar por un problema de salud

26.- ¿Cómo califica usted, el Programa de Salud Intercultural?

- 1) Muy bueno
- 2) Bueno
- 3) Regular
- 4) Malo

27.- ¿Considera usted, que en el Programa de Salud Intercultural existe una integración de dos formas entender la medicina.

- 1) Si
- 2) No

28.- Póngale nota de una escala de 1 a 7, a la atención que usted recibió en el Programa de Salud Intercultural.

1	2	3	4	5	6	7

29.- ¿Qué acciones incorporaría usted, al Programa de Salud Intercultural. (Mencione a lo menos 2 acciones)

- 1) _____
- 2) _____

30.- ¿a su juicio cuales son las dos fortalezas y dos debilidades que usted cree tiene el Programa de Salud Intercultural?

- | Fortalezas | Debilidades |
|------------|-------------|
| a) _____ | a) _____ |
| b) _____ | b) _____ |
| _____ | |

31.- ¿Cómo caracterizaría usted, la integración de la medicina clásica y cultural del Programa de Salud Intercultural de la Comuna de La Pintana?

- 1) Muy buena
- 2) Buena
- 3) Regular
- 4) Mala
- 5) Muy mala

32.- ¿El Programa de Salud Intercultural según usted genera un proceso de integración cultural?

- 1) Si
- 2) No

¿Por qué?

33.- ¿El Programa de Salud Intercultural según usted ha creado nuevos espacios de encuentro entre la Población Indígena y no Indígena?

- 1) Si
- 2) No

34.- ¿Se encuentra usted satisfecho con la calidad de la atención que recibió en el Programa de Salud Intercultural?

- 1) Si
- 2) No

¿Por qué?

35.- ¿Por cual de estas siguientes alternativas usted cree que es necesario volver a atenderse en el Programa de Salud Intercultural?

- 1) Por que es una alternativa de atención medica
- 2) Por que es una medicina propia del mundo indígena
- 3) Por que es una alternativa medica de bajo costo para el usuario
- 4) Por que losa medicamentos son de fácil acceso
- 5) Por otra razón ¿especifique?