



Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile

Camila Pérez,¹ Gabriela Nazar¹ y Félix Cova¹

Forma de citar

Pérez C, Nazar G, Cova F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(2):122-127.

RESUMEN

Objetivo. Identificar elementos facilitadores y obstaculizadores del proceso de implementación de la política de salud intercultural chilena.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo en el cual participaron usuarios de servicios de salud de la etnia mapuche, profesionales de la salud biomédica, facilitadores interculturales e informantes clave de dos establecimientos de salud de comunas con alta densidad de población mapuche. La información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas, que se analizaron por medio del análisis temático.

Resultados. Como facilitadores de la implementación de dicha política, se identificaron la normativa referida a los derechos de los pueblos originarios, el empoderamiento de los usuarios en torno a sus derechos, la creación de equipos encargados de la implementación, la presencia de profesionales de origen mapuche en los establecimientos, y la existencia de procesos de sistematización del trabajo implementado. La asimetría en la relación entre el pueblo mapuche y el Estado, por una parte, y entre el sistema de salud mapuche y el modelo biomédico, por otra, aparece como obstaculizador fundamental, así como la falta de claridad teórica y práctica sobre el concepto de salud intercultural y de recursos.

Conclusiones. El avance sustantivo en la implantación de una política de salud intercultural, pese a los logros y facilitadores identificados, está limitado por obstaculizadores difíciles de modificar tales como las formas de planificación habituales en el aparato estatal y la hegemonía del modelo biomédico.

Palabras clave

Diversidad cultural; planificación en salud; población indígena; salud de poblaciones indígenas; Chile.

El enfoque intercultural constituye una orientación que apunta a incorporar la diversidad cultural en la organización y provisión de los servicios a través de la complementariedad entre el sistema de salud tradicional y el biomédico, con el fin de prestar una atención adecuada a las particularidades, necesidades y expectativas de los usuarios. Un ideal

de complementación hace referencia a la valoración de los diversos modelos de atención y al diálogo equitativo entre sus agentes de salud (1). Dicho diálogo implicaría un proceso constante de negociación y transacción a niveles técnicos, teóricos e ideológicos, que definen las concepciones de salud y enfermedad (2-4).

En 1996, el Ministerio de Salud de Chile implementó el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, orientado a conferir pertinencia cultural a la atención

y lograr la complementariedad entre sistemas de salud, como herramienta para superar las brechas de equidad que afectan a las condiciones de salud de los pueblos indígenas del país (5, 6).

La consolidación de las directrices técnicas contenidas en dicho programa, junto con un creciente marco normativo en torno a los derechos de los pueblos originarios, dio lugar en 2006 a la formulación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas. El objetivo central de esta política se describe como la construcción de

¹ Universidad de Concepción, Departamento de Psicología, Concepción, Chile. La correspondencia se debe dirigir a Camila Pérez. Correo electrónico: camilaalepez@udec.cl

un modelo de salud intercultural bajo principios de equidad y participación de los usuarios (5–7).

Entre los pueblos originarios destinatarios de esta política se encuentra la población mapuche. Los mapuches son un pueblo localizado en el centro sur de Chile, que representa 87% del total de la población que se declarara perteneciente a alguna etnia reconocida por la legislación (8).

De acuerdo con la información disponible, los pueblos indígenas presentan un perfil de morbimortalidad distinto al de la población no indígena y se encuentran en una etapa de transición epidemiológica en que coexisten enfermedades asociadas con la modernidad y otras propias del subdesarrollo (9–11). Hasta la fecha, un rasgo común de sus condiciones de salud es la sobremortalidad general, junto con las alarmantes tasas de mortalidad infantil y la elevada prevalencia de tuberculosis, sobre todo en zonas con alta densidad de población mapuche (12).

En estudios de las experiencias de salud intercultural desarrolladas con población mapuche se han identificado iniciativas que han permitido aumentar el acceso de las comunidades mapuches a la atención occidental y tradicional (13). En relación con las tensiones, se ha cuestionado la escasez de orientaciones técnicas para lograr la complementariedad de los sistemas de atención, un vacío que da lugar a diversas interpretaciones y decisiones en torno al modo de implantar los modelos de salud intercultural (14). Desde la perspectiva de los usuarios mapuches, el despliegue de políticas en este área se ha visto dificultado por la actitud discriminatoria del personal de salud. Al mismo tiempo, el personal de salud considera como principal barrera a su implantación la falta de formación sobre la cultura mapuche y su cosmovisión (15).

No obstante la experiencia acumulada, la salud intercultural continúa siendo un campo emergente y, en consecuencia, la evidencia disponible en torno a su promoción es escasa. En este contexto, este estudio se ha orientado a describir, desde una perspectiva cualitativa, los elementos facilitadores y obstaculizadores de la implementación de un modelo de salud intercultural en Chile. En otras palabras, se busca identificar tanto aquellos elementos que han favorecido la puesta en práctica de la política de salud intercultural, como los que representan una barrera desde la visión de los usuarios

mapuches y los profesionales de la salud de Cañete y Tirúa, comunas chilenas en las cuales se han desarrollado experiencias de salud intercultural con población mapuche durante más de una década.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo orientado desde un enfoque cualitativo de recolección y análisis de datos, utilizando un método fenomenográfico, que propició un acercamiento a las representaciones que giran en torno a la salud intercultural (16). Los participantes fueron usuarios mapuches y profesionales de la salud del hospital de la comuna de Cañete y del centro de atención primaria de la comuna de Tirúa. La condición de mapuche se definió como la autoidentificación de los usuarios como personas pertenecientes a este pueblo, a partir de su origen familiar y de la conservación de elementos culturales. Además, se incluyó a facilitadores interculturales, que corresponden a personas mapuches que conocen su cultura y se incorporaron a los establecimientos de salud por las directrices de la Política de Salud y Pueblos Indígenas con el fin de contribuir a la implantación de esta política. Además, en el estudio participó un grupo de informantes clave.

La muestra se seleccionó mediante un muestreo intencionado orientado a la búsqueda de individuos y grupos allí donde era más probable obtener información sobre el fenómeno de interés (17). La composición final de la muestra fue de 11 usuarios de ambos sexos, de 29 a 70 años de edad, 14 profesionales de la salud, cuya permanencia en el cargo fluctuó entre uno y 27 años de experiencia, 3 facilitadores interculturales, y 5 informantes clave. La información se obtuvo entre junio de 2014 y febrero de 2015 mediante la técnica de entrevista semiestructurada en modalidad individual. En total se realizaron 33 entrevistas. El instrumento fue un guion de entrevista semiestructurada, que se sometió a una fase de aplicación piloto mediante una entrevista cognitiva (18).

Los datos recogidos con las entrevistas fueron grabados y transcritos en su integridad. En la fase inicial del análisis, algunos datos se procesaron manualmente y el grueso de ellos se trató con el *QSR International Nvivo 7 qualitative data analysis software* (19) y por medio de herramientas de generación de nodos ramificados. La información se analizó con la

técnica del análisis temático, que fue guiado por el principio de comparación constante de la *Grounded Theory* (20).

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Postgrado del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, Chile, conforme a estándares internacionales vigentes (21). Este estudio corresponde a una publicación original, que contó con financiamiento parcial de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile. La solvencia y la fiabilidad de los hallazgos se garantizaron mediante la revisión permanente de los criterios metodológicos de credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad (22). Esta última se aseguró describiendo con claridad el método utilizado. La transcripción íntegra de las entrevistas se mantuvo como medio de verificación de la honestidad de la notificación de los hallazgos. La solicitud de participación se hizo enviando una carta que, además, incluía el consentimiento informado. El único riesgo previsto para los participantes fueron las eventuales repercusiones de las opiniones vertidas por los entrevistados. Para proteger su identidad, sus nombres se convirtieron en códigos y se eliminaron de las bases de datos.

RESULTADOS

Facilitadores

Desde la perspectiva de los facilitadores interculturales, un elemento que ha favorecido la implantación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas es la normativa nacional e internacional referida a los derechos de los pueblos indígenas. Esta normativa ha obligado a los equipos a desarrollar acciones para prestar una atención más respetuosa y de mayor calidad a los usuarios indígenas: “*hoy día existen normativas, que pueden dar o reafirmar un trabajo de interculturalidad en salud, convenio 169, políticas de salud indígena, que también da un pie como para avanzar en todo esto*”.

Otro factor facilitador mencionado por los entrevistados fue el mayor conocimiento de sus propios derechos, que les ha permitido desarrollar una labor activa en torno a la demanda de una atención culturalmente pertinente y de calidad.

Desde la visión de los profesionales de la salud, otro elemento facilitador ha sido la formación de equipos encargados de implementar la política en los establecimientos de salud: “*Yo creo que acá lo que*

ha ayudado es que el equipo gestor que está trabajando es un equipo comprometido, yo creo que eso ha ayudado bastante”.

Los facilitadores interculturales señalaron la sistematización de las acciones desarrolladas como un elemento que contribuye a la implantación de estas políticas, por cuanto ha permitido evaluar y compartir los resultados, y añadieron que el haber revelado los resultados positivos podría aumentar la aceptación de la interculturalidad por parte de los profesionales y técnicos de salud.

Los profesionales de la salud y los informantes clave valoraron favorablemente la presencia de actores mapuches como agentes de salud en los centros de atención, puesto que actúan como un catalizador de la interculturalidad en la medida en que ayudan a incorporar la visión de salud tradicional en el modelo de atención biomédico: *“entonces esas cosas igual facilitan, para las personas mapuche, que haya una persona que sea mapuche también, que hable su lengua y que esté ahí participando de la ejecución del programa”*.

Asimismo, los profesionales de la salud destacaron la labor de personas que contribuyen a la implantación del enfoque intercultural de manera voluntaria, sin apenas tiempo y sin percibir remuneración extra.

Obstaculizadores

Todos los actores señalaron a la hegemonía del conocimiento biomédico como un elemento que se opone a la relación equitativa con el sistema de salud mapuche: *“acá se supone que el conocimiento científico tiene un estatus de superioridad frente a cualquier otro tipo de conocimiento, y acá me refiero tanto al conocimiento de la cosmovisión mapuche como a cualquier otro tipo de conocimiento”*. Los participantes también coincidieron en que la falta de reconocimiento hacia los derechos del pueblo mapuche por parte del Estado impide que se establezcan relaciones respetuosas entre ambos actores. En este sentido, mencionaron la falta de voluntad del Estado para respetar la normativa referida a este área y, en especial, el derecho de los pueblos indígenas a participar en la toma de decisiones que les afectan: *“y como nivel país, los derechos indígenas están muy restringidos, en el tema de salud es lo mismo. Entonces es un tema de avanzar en el derecho, el trato...”*.

Tanto los profesionales de la salud como los facilitadores interculturales

manifestaron no comprender claramente el concepto de salud intercultural. En la vertiente operativa, esto se traduce en la ausencia de directrices técnicas que orienten las acciones: *“Es que, cuando se habla así de salud intercultural, uno se pregunta qué es la salud intercultural...”*.

Todos los entrevistados destacaron la falta de conocimientos sobre la cultura mapuche por parte de los profesionales de la salud, así como de competencias para desenvolverse en contextos multiculturales, como elementos que dificultan la implementación de esta política: *“nos falta mucho todavía por avanzar, y sensibilización y educación, tanto en las leyes que existen, porque nuestro personal no tiene idea de todas las leyes que existen, de discriminación, de trato”*.

Desde la visión de los profesionales de la salud, otro factor obstaculizador correspondió a la falta de pertinencia de las metas sanitarias exigidas por los planes generales de gobierno. En ocasiones, estas metas exigirían mantener procedimientos médicos que se oponen a la visión de salud del pueblo mapuche: *“porque me piden en una meta que las embarazadas tienen que ingresar antes de las 14 semanas de gestación, siendo que aquí mi usuaria no considera que está embarazada hasta que la guagüita se le mueve, entonces me dicen `respételos, apóyelos, fortalezca`, pero me están castigando al no cumplir una meta”*.

Por último, los profesionales de la salud subrayaron la falta de asignación horaria para participar en el despliegue del enfoque de salud intercultural. En un escenario así, esta labor recae en la figura del facilitador intercultural y en un grupo minoritario de profesionales, que, sin recibir remuneración alguna, asumen tareas adicionales a las funciones propias de su cargo.

DISCUSIÓN

Esta investigación ha permitido identificar elementos que han contribuido al avance de la implantación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas, así como los que han dificultado dicho proceso en el contexto estudiado.

Entre los elementos facilitadores, la normativa nacional e internacional referida a los derechos de los pueblos originarios se valora como la puerta de entrada para que este tema tenga cabida en el ámbito de la salud. En conjunto, los usuarios afirmaron tener más conocimiento de sus derechos, un elemento que ha empoderado a las

comunidades y usuarios particulares en la demanda de un trato respetuoso.

En la práctica, todos los grupos que conforman la muestra valoraron el compromiso personal de profesionales que han asumido tareas y responsabilidades, pese a la ausencia de horas y remuneraciones extra. Señalaron, asimismo, el papel facilitador de la incorporación de profesionales de origen mapuche como agentes de salud, la conformación de equipos encargados de implementar la política, y los esfuerzos por evaluar, sistematizar y difundir los resultados obtenidos.

En el plano operativo, la ausencia de un modelo de gestión para implantar el enfoque de salud intercultural se identificó como un obstáculo. Según los informantes clave, los profesionales de la salud y los facilitadores interculturales de ambos establecimientos el programa se ha diseñado y gestionado desde el nivel central en ausencia de apoyo administrativo y financiero para realizar las acciones asociadas con su operativización, e indicaron como un punto aún más crítico la carencia de directrices técnicas para implantarlo. La falta de competencias técnicas de los equipos de salud para desenvolverse en contextos multiculturales se suma a la lista de factores obstaculizadores de relevancia identificados.

Diversos actores señalaron el choque paradigmático entre el sistema de salud mapuche y el sistema biomédico como uno de los factores obstaculizadores más relevantes de la implantación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas. En este sentido, identificaron tensiones entre la etnomedicina y la biomedicina, que traducen contradicciones paradigmáticas en torno a la conceptualización de la salud y la enfermedad. Si bien la biomedicina ha incorporado factores psicosociales en la comprensión de estos fenómenos, aún mantiene la primacía de aspectos clínico-biológicos, y relega a un plano secundario elementos culturales y espirituales que fundamentan las medicinas tradicionales (23–26). Así, el sistema profesional perpetúa su carácter hegemónico, negando la pertinencia de modelos de salud basados en paradigmas distintos de los de la modernidad occidental, incluso en contextos culturalmente diversos (7).

Por otra parte, conforme a diversas investigaciones (5, 27–33), la planificación unilateral del Estado en relación con la forma como se inserta la salud tradicional en la salud pública, junto con la escasa participación de los usuarios, aparecen

como elementos que dificultan la puesta en práctica de un enfoque intercultural. Tales aspectos de carácter político interfieren con el ideal de interculturalidad (4), definido como el logro de relaciones equitativas de poder y aprendizaje mutuo entre grupos con distintas identidades culturales (34).

Se identificaron, asimismo, características de los propios servicios sanitarios que obstaculizan la incorporación de la perspectiva intercultural. Dichos aspectos estructurales guardan relación con la escasa coordinación entre el nivel central y las instancias encargadas de implementar las políticas (4) —lo que se manifiesta en la ausencia de un modelo de gestión que aporte los instrumentos, recursos y directrices necesarios para su ejecución— y se contempla como un atributo del sistema de salud chileno considerado en conjunto (35). Este área de trabajo tiene un carácter emergente y en ella el desarrollo de la programación depende del criterio de quienes ejecutan las actuaciones en salud (2, 36).

Tal como se ha indicado, ante la falta de un modelo de gestión apropiado, el desafío que supone operativizar la política de salud intercultural recae en el criterio y el compromiso de los equipos de salud. Sin embargo, la escasez de referentes teóricos y de competencias prácticas convierte a la salud intercultural en un concepto amplio y vago, que da lugar a diversas interpretaciones y acciones no siempre acertadas (15, 36). Por ello, se ha planteado la necesidad de incorporar la formación intercultural en los planes de estudios de carreras de salud, a fin de asignar competencias que se traduzcan en un requisito para prestar una atención adecuada en contextos pluriétnicos (3, 37–40).

Desde una perspectiva paradigmática, las contradicciones entre las concepciones tradicional y biomédica de la salud interfieren con algunos de los componentes nucleares de esta política, como el anhelo de mutuo respeto entre

agentes de salud y la complementación de saberes y técnicas terapéuticas (41–46). Al mismo tiempo, el estilo de planificación estatal, carente de un modelo de gestión apropiado, genera tensiones en la práctica que oponen resistencia a la materialización de una perspectiva intercultural de la salud (35).

Los elementos mencionados configuran un escenario tendiente a la integración en el cual la medicina tradicional aparece incorporada al abanico de prestaciones del modelo biomédico, que mantiene una posición hegemónica autorizando y desautorizando prácticas (47–50). Además, la medicina indígena se ve forzada a insertarse en la estructura y planificación de los centros de salud afrontando una doble subordinación a parámetros biomédicos y administrativos (5, 7, 14, 51–54).

Esta investigación contribuye a describir cómo se materializa la política de salud intercultural chilena en un contexto concreto y a identificar elementos que han propiciado su implementación, junto con nudos críticos que dificultan la operativización de su propósito. En el plano teórico, refuerza una línea de conocimiento, la salud intercultural, que se encuentra en formación. En el práctico, arroja luz sobre los factores que requieren atención y solución para configurar un escenario más adecuado para desarrollar una política de esta naturaleza.

Los resultados de este estudio son similares a los obtenidos con la implantación de políticas de salud con enfoque intercultural en otros países de la Región de las Américas, lo que puede traducir las similitudes de la estructura de sus sistemas de salud y el tipo de relación vigente entre el Estado y los pueblos originarios. Sin embargo, una singularidad de esta investigación ha sido integrar la visión de actores que, generalmente, se oyen de manera parcelada, como los usuarios, los profesionales de la salud y los agentes tradicionales. Asimismo, se identifican elementos facilitadores y obstaculizadores

en distintos planos que se superponen, como la relación política entre el Estado y el pueblo mapuche, y la interacción entre modelos de atención y la estructuración del sistema sanitario, lo cual ofrece una imagen más completa de este nuevo espacio de diálogo.

Una limitación de este estudio es su carácter descriptivo y su circunscripción a dos realidades particulares. Una comprensión más amplia de los desafíos de la política intercultural en Chile exigiría estudiar, desde una óptica interdisciplinaria y durante más tiempo, los distintos procesos sociales que intervienen en este esfuerzo para implantar adecuadamente una política de esta naturaleza.

En suma, se concluye que los elementos que más han ayudado a desarrollar la política de salud intercultural son la presencia de un marco normativo, que compromete a los centros de salud a avanzar en la materia, el empoderamiento de los usuarios en torno a sus derechos sanitarios, y la presencia de equipos de profesionales que asumen tareas asociadas con la ejecución de esta política. Por su parte, como obstáculos sustantivos difíciles de modificar se han identificado las formas habituales de planificación estatal, la hegemonía del modelo biomédico, y la falta de modelos de gestión que sustenten su operativización.

Además, se recomienda realizar nuevas investigaciones para explorar formas de amplificar los elementos facilitadores y reducir los obstaculizadores identificados en este estudio y ayudar a comprender estos elementos vinculando la teoría con otras experiencias prácticas.

Conflictos de interés. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH o de la OPS.

REFERENCIAS

1. Sáez M. Interculturalidad en salud en Chile: de la teoría a la práctica. En: Lolas F, Martín D, Quezada A, eds. *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago: Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética, Universidad de Chile; 2007:163–71.
2. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chil*. 2003;131(9):1061–4.
3. Campos R. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En: Fernández G, ed. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala; 2004:129–34.
4. Almeida Vera L, Almeida Vera L. Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. *Medisan*. 2014;18(8):1170–83.
5. Boccara G. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara, Rev Antropol Chilena*. 2007;39(2):185–207.
6. Boccara G. La interculturalidad como campo social. *Cuadernos Interculturales*. 2012;10(18):11–30.
7. Caroselli S. El dolor de los pacientes aymara de la comuna de Putre: prácticas terapéuticas y políticas de

- salud intercultural. *Diálogo Andino*. 2013;(42):89–104.
8. Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002. Santiago: INE; 2002.
 9. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de la población Mapuche residente en la Región de Los Ríos. Santiago: Programa de Salud y Pueblos Indígenas; 2009. Serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile: 6.
 10. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco. Santiago: Programa de Salud y Pueblos Indígenas; 2010. Serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile: 7.
 11. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico. Pueblos Kawéskar, Yamán y Mapuche Williche. Región de Magallanes. Santiago: Programa de Salud y Pueblos Indígenas; 2009. Serie Análisis de la situación de los pueblos indígenas de Chile: 5.
 12. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur (Carahue, Saavedra, Teodoro Schmidt y Toltén). Santiago: Programa de Salud y Pueblos Indígenas; 2009. Serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile: 4.
 13. Mignone J, Bartlett J, O'Neil J. Prácticas modelo en salud intercultural. En: Nami H, Fernández M, Scher O, eds. *Diversidad cultural: múltiples miradas del tiempo presente*. Buenos Aires: Centro de Estudios Argentino Canadienses; 2005:101–19.
 14. Torri M. Intercultural health practices: towards an equal recognition between indigenous medicine and biomedicine? A case study from Chile. *Health Care Anal*. 2012;20(1):31–49.
 15. Alarcón A, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev Med Chil*. 2004;132(9):1109–14.
 16. Marton F. Phenomenography: a research approach to investigating different understandings of reality. En: Sherman R, Webb B, eds. *Qualitative Research in Education: focus and Methods*. 2nd ed. London: The Falmer Press; 1990:141–61.
 17. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. México, DF: Aljibe; 1999.
 18. Willis G. Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design. London: Sage Publications; 2005.
 19. QSR International Pty Ltd. Nvivo qualitative data analysis software, version 7. 2006.
 20. Strauss A, Corbin J. *Basis of qualitative research*. London: Sage Publications; 1991.
 21. Wagner E, Kleinert S. Responsible research publication: international standards for authors. A position statement developed at the 2nd World Conference on Research Integrity, Singapore. En: Mayer T, Steneck N, eds. *Promoting research integrity in a global environment*. Singapore: College Press/World Scientific Publishing; 2011:309–16.
 22. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Columb Med*. 2003;34(3):164–77.
 23. Albó X. Interculturalidad y salud. En: Fernández G, ed. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala; 2004:65–74.
 24. Comelles J. El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el s. XXI. En: Fernández G, ed. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala; 2004:17–23.
 25. Junge P. Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica. IV Congreso Chileno de Antropología. Santiago: Ediciones Lom; 2001.
 26. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet*. 2003;8(1):185–207.
 27. Arteaga E, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde em Debate*. 2012;36(94):402–13.
 28. Boccara G. Antropología Diacrónica. Dinámicas culturales, procesos históricos y poder político. En: Boccara G, Galindo S, eds. *Lógicas mestizas en América*. Temuco: Instituto de Estudios Indígenas; 1999:11–59.
 29. Bolados P. Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungara, Rev Antropol Chilena*. 2012;44(1):135–44.
 30. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):368–76.
 31. Ramírez S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá. Rev Antropol*. 2009;(14):1–28.
 32. Boccara G, Bolados P. Dominar a través de la participación. El neoindigenismo en el Chile de la postdictadura. *Memoria Am*. 2008;16(2):167–96.
 33. Torri M. Multicultural social policy and community participation in health: new opportunities and challenges for indigenous people. *Int J Health Plann Manag*. 2012;27(1):18–40.
 34. Rodrigo Alsina M. *La comunicación intercultural*. 2a. ed. Barcelona: Anthropos Editorial; 2012.
 35. Cunill N, Fernández M, Vergara M. Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos. Un análisis a partir del caso chileno. *Salud Colect*. 2011;7(1):21–33.
 36. Guendel L. Política social e interculturalidad: un aporte para el cambio. *Ajayu*. 2011;9(1):2077–161.
 37. Arce Antezana I. La formación del profesional en salud y la incorporación de la interculturalidad en la currícula facultativa. *Gac Med Bol*. 2012;36(1):48–50.
 38. Hart L, Jorm A, Kanowski L, Kelly C, Langlands R. Mental health first aid for indigenous australians: using Delphi consensus studies to develop guidelines for culturally appropriate responses to mental health problems. *BMC Psychiatry*. 2009;47(9):1–12.
 39. Saravana B, Jacob K, Deepak M, Prince M, David A, Bhugra D. Perceptions about psychosis and psychiatric services: a qualitative study from Vellore, India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(3):231–8.
 40. Hernández Santana H. Paradigma epistemológico en la atención de salud pública a los pueblos indígenas en Honduras. *Rev Cub Salud Publica*. 2013;39(1):154–60.
 41. Valverde Jiménez MR. Mediación intercultural en el ámbito sanitario de Murcia. *Enfermería Global*. 2013;12(29):383–90.
 42. Brussino S. Reflexiones para una bioética implicada en la cultura de los derechos humanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(4):561–6.
 43. Cardona Arias J. Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena colombiana. *Rev Cub Salud Publica*. 2013;39(4):651–64.
 44. Chávez Aguilar P. Razones para una perspectiva intercultural en bioética. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(4):566–9.
 45. Portela Guarín H, Astaiza Bravo NX, Guerrero Pepinosa NY, Rodríguez Guarín S. Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. *Universidad y Salud*. 2013;15(2):238–55.
 46. Mocellin Raymundo M. Interculturalidade e a conjugação de saberes que congregam a atenção em saúde. *Rev Bioetica*. 2013;21(2):218–25.
 47. Lakshmi J, Nambiar D, Narayan V, Sathyanarayana T, Porter J, Sheikh K. Cultural consonance, constructions of science and co-existence: a review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine in low- and middle-income countries. *Health Pol Plan*. 2015;30(8):1067–77.
 48. Clavijo Usuga CR. Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos. *Iatreia*. 2011;24(1):5–15.
 49. Diehl E, Jean Langdon E. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Universitas Humanistica*. 2015;8:213–36.
 50. Hoyos G. Fenomenología del multiculturalismo y pluralismo intercultural. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(4):555–60.
 51. Patiño Suaza AE, Sandín Vásquez M. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colect*. 2014;10(3):379–96.
 52. Portela Guarín H. Epistemes – otras: contribución potencial a la organización intercultural de la salud en Colombia. *Universidad y Salud*. 2014;16(2):246–63.
 53. Ramírez Hita S. Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(4):762–8.
 54. Costa Teixeira C, Dias da Silva C. The construction of citizenship and the field of indigenous health: a critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity. *Vibrant (Brasilia)*. 2015;12(1):351–84.

Manuscrito recibido el 5 de junio de 2015. Aceptado para publicación, tras revisión, el 16 de noviembre de 2015.

**Facilitators and barriers
to implementation of
intercultural health
policy in Chile**

ABSTRACT

Objective. To identify elements that either facilitate or hinder implementation of Chile's intercultural health policy.

Methods. A descriptive study was conducted with the participation of health services users from the Mapuche ethnic group, biomedical health professionals, intercultural facilitators, and key informants in two health facilities serving towns with a high density of Mapuche population. The information was obtained through semi-structured interviews that were analyzed thematically.

Results. Factors identified as facilitating the implementation of this policy include laws and regulations pertaining to the rights of indigenous peoples, the empowerment of users around their rights, the formation of implementation teams, the presence of professionals of Mapuche origin in health facilities, and the existence of processes for systematization of the work carried out. The asymmetric relationship between the Mapuche people and the state, and between the Mapuche health system and the biomedical model, constitutes a fundamental barrier. Other obstacles include the lack of theoretical and practical clarity around the concept of intercultural health and a lack of resources.

Conclusions. Despite the facilitators identified and the achievements to date, meaningful progress in implementation of an intercultural health policy is limited by barriers that are hard to change. These include the usual forms of government planning and the hegemony of the biomedical model.

Key words

Cultural diversity; health planning; indigenous population; health of indigenous peoples; Chile.
