

Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales

Intercultural health in Chile: Historical development and current challenges

Mónica N. Manríquez-Hizaut, Cristián Lagos-Fernández, Jame Rebolledo-Sanhuesa y Verónica Figueroa-Huencho

Recibido 13 junio 2017 / Enviado para modificación 22 febrero 2018 / Aceptado 16 agosto 2018

RESUMEN

MM: Kinesióloga. M. Sc. Salud Pública, Profesora Asistente Departamento de Kinesiología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

mmanriquezh@uchile.cl

CL: Antropólogo. Kinesiólogo. Doctor en Filología, Profesor Asociado Universidad de Chile. Santiago, Chile. *kinelagos@uchile.cl*

JR: Kinesióloga. M. Sc. Psicología Comunitaria. Profesora Asistente Departamento de Kinesiología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

jame.rebolledo@uchile.cl

VF: Administradora Pública. Ph.D. Management Sciences, profesora Asociada Universidad de Chile. Santiago, Chile.

v.figueroa.h@iap.uchile.cl

En 1992, Chile implementó por primera vez un programa de salud para los pueblos indígenas, el Programa de Salud para Población Mapuche (Promap), cuyo objetivo fue entregar una atención de salud con pertinencia cultural, favoreciendo la complementariedad entre los sistemas médico indígena y el sistema oficial. La versión actual de esa iniciativa - el Programa especial de Salud para Pueblos Indígenas (PESPI) - ha logrado llegar con este enfoque a casi la totalidad de los Servicios de Salud del país. La revisión que el mundo académico ha hecho de estas experiencias, basados en la salud pública o en la antropología médica, se ha centrado en el análisis de las iniciativas llevadas en contextos indígenas rurales, desde el punto de vista de las dificultades que han debido enfrentar y las nociones de interculturalidad en salud que han logrado consolidar. Sin embargo, poco se ha abordado este programa en los contextos urbanos (espacio en que mayoritariamente están ocupando hoy nuestros pueblos indígenas) o desde el punto de vista de las nociones de interculturalidad en salud que implican. Considerando lo anterior, el artículo ofrece una revisión temática de publicaciones científicas nacionales e internacionales acerca del tema, un análisis crítico de los programas de salud intercultural desarrollados en Chile y una reflexión acerca de sus desafíos en el marco de la dinámica indígena urbana.

Palabras Clave: Asistencia sanitaria culturalmente competente; medicina tradicional; antropología médica (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

In 1992, Chile implemented for the first time a health program for indigenous peoples, the Health Program for the Mapuche Population (PROMAP), whose objective was to provide health care with cultural relevance, favoring the complementarity between the indigenous medical systems and the official system. The current version of this initiative - named PESPI - has managed to reach almost all the Health Services in the country with this approach. The review that the academic world has made of these experiences, based on public health or medical anthropology, has focused on the analysis of the initiatives taken in rural indigenous contexts, from the point of view of the difficulties they have had to face and the meaning of the interculturality in health that they have managed to consolidate. However, little has been said about this program in urban contexts (currently, a space which our indigenous peoples are occupying progressively) or from the point of view of the notions of interculturality in health that they imply. Considering the above, the article offers a thematic review of national and international scientific publications on the subject, a critical analysis of intercultural health programs developed in Chile and a reflection on their challenges in the framework of urban indigenous dynamics.

Key Words: Culturally competent care; medicine traditional; culturally competent care; anthropology medical (*source: MeSH, NML*).

Según las cifras del Estado de Chile, 1 842 607 personas (el 11,08% de la población total de Chile) declaró pertenecer a algún pueblo indígena originario (1), siendo el mapuche el más frecuente, representando el 84% de la población indígena del país. Esta cifra (mayor que en el censo anterior, en 2002) habla de un escenario emergente de reconocimiento y mayor valoración de este componente en la sociedad, un avance para la real asunción de nuestro carácter de nación, al menos, pluriétnica y multicultural. Históricamente han existido iniciativas de discriminación positiva hacia estos grupos, fundamentalmente reducidas a subsidios tales como becas indígenas o beneficios adicionales, medidas que no han superado un carácter asistencialista (2), prueba de que la asimetría económica, social, cultural y política continúa marcando las relaciones entre la sociedad nacional y el mundo indígena. De esta manera, los pueblos indígenas en Chile, como en el resto de América, han estado socialmente marginados y se ubican en los estratos bajos de la sociedad, con bajos índices de escolarización, calificación y remuneración e indicadores sanitarios bajo el promedio de la población no indígena en el país. Uno de los ámbitos en los que esta asimetría se ve reflejada es el de la salud, evidenciándose desde un punto de vista epidemiológico, por ejemplo, numerosas enfermedades que afectan a la población indígena en tasas mayores que a la población general, o la existencia de un impacto significativo y permanente de numerosos factores ambientales deletéreos sobre el bienestar de las personas mapuches (3-7,32). En el mismo sentido, Robles encontró que las desigualdades en salud de los niños mapuches no eran estadísticamente atribuibles a la pobreza solamente, mientras que otros autores también han identificado a la persistente discriminación étnica (8), la violencia amparada por el Estado y la violación de los derechos humanos (5) como factores que impactan negativamente en la salud de los mapuches.

La respuesta del Estado: programas de salud intercultural

Si bien los pueblos indígenas han sido objeto de políticas públicas desde el nacimiento de los Estados-Nación, la mayoría de los gobiernos han impulsado estrategias asimilacionistas privilegiando una serie de valores y principios que han buscado consolidar una visión “occidental” de desarrollo que no ha significado un mayor pluralismo ni una real consideración de las diferencias de estos pueblos (9). Más bien han sido incorporados de modo marginal y precario a los proyectos nacionales, dándose así una combinación de injusticia cultural y material (10). En el plano de las políticas públicas de salud, desde la década de los 90’ del siglo pasado surgen iniciativas tendientes

a asegurar la igualdad entre los ciudadanos, sin importar su identidad étnica y cultural, evitando que ésta se constituyera en una barrera para el acceso y oportunidad a una mejor atención en salud (12). Emerge, entonces, el concepto de salud intercultural y su consideración como eje de la atención a los pueblos indígenas en el país, como una estrategia de salud pública que «...busca reducir la brecha entre los sistemas de salud indígenas y occidentales, sobre la base del mutuo respeto y el igual reconocimiento de estos sistemas de conocimiento (...)» prácticas de cuidado de salud de población indígena capaz de tender un puente entre la medicina indígena y la biomedicina, considerando a ambos sistemas como complementarios» (13). Esta perspectiva asume, por tanto, que los sistemas médicos, por sí solos, no son suficientes para atender las demandas de salud de una población indígena, tanto en sus concepciones sobre salud y enfermedad como en la manera de llevar a cabo la sanación.

De esta manera, en 1992, en el marco de recomendaciones provenientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), apoyado por las declaraciones incluidas en el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), surgió el Programa de Salud con Población Mapuche (Promap), centrado en mejorar la calidad de la atención de la población mapuche en los centros de salud, introduciendo la figura del facilitador intercultural, en tanto mediador en los problemas de comunicación de personas indígenas (13). Luego, en 1996 se implementó el programa Nacional de salud y pueblos indígenas (14), inicialmente en cuatro servicios de salud, con el objetivo de entregar una atención de salud con pertinencia cultural que lograra superar las brechas de equidad que afectan a las poblaciones indígenas. Para algunos autores (16), estos primeros programas de salud intercultural, si bien se orientaron a resolver problemas de salud integrando recursos de diferentes medicinas – occidental y tradicional -, contaron con escaso reconocimiento desde la perspectiva de política administrativa. En 2006, la norma general administrativa sobre interculturalidad de MINSAL, señalaba los objetivos a buscar en el área, los que en su mayoría se concentraban en torno a «proteger la medicina indígena y promover su eficacia y seguridad» (14) y aseguraba el compromiso del Estado de Chile para «... respetar, reconocer y proteger los sistemas de salud de las culturas indígenas» (14).

Posteriormente en 2008, como un componente de salud del programa Orígenes, surgió el Programa especial de Salud para Pueblos Indígenas (PESPI), el cual, como continuación de los anteriores, buscó consolidar un sistema de salud intercultural que reconociera que los sistemas médicos son limitados para resolver los problemas actuales de salud, admitiendo la existencia y validez de

otros sistemas de curación, como los indígenas. El programa, aplicado hasta la actualidad (en 24 de los 26 Servicios de Salud del país), cuenta con tres ejes: (a) equidad (disminuir las brechas de acceso), (b) enfoque intercultural de salud (en las acciones de profesionales y técnicos) y; (c) participación social indígena (en la formulación, ejecución, evaluación y monitoreo de los planes locales). En este contexto, tres son las experiencias más reconocidas y estudiadas en términos de la salud intercultural, a saber, el Hospital Makewe en Padre las Casas, el CESFAM Boroa Filulawen y el Centro de salud mapuche Ñi Lawentuwunm, a las que se suman iniciativas que tienen que ver con nuestros demás pueblos originarios: aymaras, atacameños y rapa nui; todas experiencias a cuyo análisis se han abocado algunas publicaciones con base en Salud Pública (11,16-21) o en la Antropología Médica (13,15,22,,23,24).

El innegable impacto positivo de estas experiencias ha sido instalar el discurso sobre la necesidad de incorporar un enfoque “intercultural” en las prestaciones de salud para población indígena. Los estudios que analizan las experiencias señaladas lo han hecho desde alguna de las siguientes dimensiones: (a) estudian el modelo de salud intercultural desde el punto de su impacto epidemiológico (18,21,25); (b) evalúan los aportes y desafíos de las experiencias de salud intercultural en tanto otorgan instancias para una comunicación diferente entre prestador de salud y paciente (11,12,15,16,17,19,23,24,); (c) se centran en las implicancias políticas y sociales del modelo y evalúan críticamente, desde la perspectiva de la disciplina de la Política Pública, cómo este modelo instaura una determinada concepción de la diversidad cultural, muy de la mano con el modelo de economía de mercado (13,22,27). Adicionalmente, en 2013, la Secretaría Regional Ministerial (Seremi) de Salud de la Región Metropolitana realizó un informe de sistematización del programa en la RM (28,29) donde señalan una síntesis de sus logros y las dificultades que enfrentan, desde el punto de vista de las agrupaciones indígenas involucradas.

Interrogantes y desafíos

El conocimiento de las diversas experiencias en salud intercultural que los estudios antes nombrados aportan, suscitan una serie de interrogantes y desafíos a ser resueltos, relativos a:

(a) El grado de validación que se hace de los saberes culturales en salud de las sociedades indígenas, que implica que el personal de salud (no indígena) integre elementos culturales (creencias y expectativas) de los otros culturalmente distintos. En este sentido, cobra relevancia, la pregunta por cuán validado está dentro

del equipo de salud la figura y la práctica del sanador tradicional, por ejemplo, o la posibilidad de superar los obstáculos paradigmáticos para considerar las prácticas tradicionales de cada pueblo indígena como equivalente a la medicina occidental.

(b) El real cambio en las actitudes y representaciones ideológicas de los proveedores/ profesionales de salud respecto de la población indígena y sus modelos de salud/enfermedad, en tanto diferentes del hegemónico modelo biomédico. Ello se ha intentado subsanar con capacitaciones a los equipos de salud sobre cultura mapuche. Sin embargo, continúa presente la carencia de formación de los estudiantes del área de salud en torno a la interculturalidad.

(c) La complejidad tras lo que se asume como “interculturalidad en salud”.

Este es un punto clave en el que aún falta mucha evidencia que levantar, socializar y explicitar a nivel de las políticas públicas en salud en el área. Ello, pues en los centros de salud en los que se implementan experiencias de interculturalidad (ya sean en los reportados por la literatura como a los que hemos podido acceder en el marco de estudios en curso realizados por nuestro equipo), lo que se entiende por interculturalidad puede estar dado por una diversidad de acciones, tales como:

- (a) el sólo hecho de atender a indígenas,
- (b) el uso de terapias indígenas en reemplazo de las del modelo biomédico,
- (c) realizar la atención de salud en un espacio físico que replique el indígena (para el caso mapuche, en una ruka),
- (d) celebrar rituales y ceremonias indígenas,
- (e) disponer señalética en lengua indígena, y sólo tangencialmente
- (f) fomentar una comunicación intercultural entre sistema de salud y usuario (derribando las barreras del lenguaje biomédico).

Frente a este panorama, creemos necesario generar nueva y complementaria evidencia respecto de la aplicación de este programa en Chile, apuntando a áreas de interés que busquen consolidar y afianzar su aporte en la incorporación del enfoque intercultural en salud. Áreas críticas tales como:

- (a) Clarificar si la evaluación del impacto de una iniciativa como esta es sanitario, social o político. Ello, pues su génesis se inserta en demandas del mundo mapuche ad portas del retorno a la democracia en 1990.
- (b) Evidenciar si su aporte a la equidad (acceso) contribuye o no a generar un sistema de salud paralelo y, a fin de cuentas, perpetuador de la segregación y de las relaciones sociales asimétricas entre el mundo indígena y el no indígena.

- (c) Ponderar si la participación indígena en los programas de salud intercultural se asocia al fantasma del ‘clientelismo’ con el que el Estado de Chile ha basado, desde hace mucho tiempo, su relación con el mundo indígena.
- (d) Problematizar la aplicación de este modelo de salud intercultural, originado en los espacios tradicionales de estos grupos (sobre todo, el rural mapuche), en los espacios sociales urbanos, que es predominantemente donde reside la población indígena hoy en día (cerca del 65% vive en ciudades). Este implica un sujeto social indígena que debe ser reconceptualizado en términos de los procesos de construcción de identidad en la ciudad (30). En tal sentido, en la Región Metropolitana (donde se ubica la capital del país), todos los servicios de salud contemplan acciones en torno a la salud intercultural, destacando aquellas en donde hay mayor concentración indígena (como ocurre en los casos de Puente Alto, La Florida, La Pintana, Santiago, Pudahuel). A pesar de esto muy pocos estudios se han centrado en esta nueva realidad, solamente desde el ámbito académico por medio de tesis de grado en Antropología (26), y un estudio generado desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (31), de alcance limitado y no enfocado en experiencias de salud intercultural propiamente tal, y tampoco abarcando la relación entre “paciente” y equipo de salud.

Para concluir la población indígena mapuche presenta una situación de exclusión, con peores resultados en salud y falta de espacios para el desarrollo de su tradición medicinal. Los Programas de salud intercultural emergen como respuesta, frente a la que surgen interrogantes sobre su efectividad, impacto, valoración e involucramiento de los prestadores de salud occidental, por lo que se hace evidente un vacío de conocimiento que requiere ser nutrido de nueva evidencia. Adicionalmente no está incorporado a la discusión y estudios el cómo estudiantes de pre-grado de las carreras del área de la salud tendrán o no formación y acercamiento a la diversidad cultural en la atención en salud. Finalmente, otro nodo crítico incluye cómo en estos programas se evita una aculturación de la población indígena y su concepción de salud/enfermedad, desde el punto de vista sanitario y educacional.

Como podemos apreciar, existe aún un claro desafío en cuanto a resolver las interrogantes antes señaladas y a analizar el cumplimiento de los objetivos planteados por esta política de salud pública en sus tres ejes, sobre todo en la realidad indígena urbana de Santiago ♣

REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo 2011. Síntesis de resultados [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.cl>. Consultado en mayo de 2017.
- Figueroa V. Pueblos indígenas y políticas públicas. *Gestión y Política Pública*. 2016; XXV (2): 447-482.
- Aliaga F, Serra J. Análisis Comparativo de Mortalidad en Población Mapuche y No Mapuche: Quinquenio 1994-1998. *Cuadernos Médico-Sociales*. 2001; 42 (1/2): 36-45.
- Heise K, Bertran E, Andía M, Ferreccio C. Incidence and Survival of Stomach Cancer in a High-Risk Population of Chile. *World Journal of Gastroenterology*. 2009; 15 (15):1854-62
- Moloney A. Protests Highlight Plight of Chile's Mapuche. *The Lancet*. 2010; 375: 449-450.
- PAHO. *Health in the Americas*. Vol. II Washington, DC: Pan American Health Organization; 2007.
- Rojas F. Poverty Determinants of Acute Respiratory Infections among Mapuche Indigenous Peoples in Chile's Ninth Region of Araucanía: Using GIS and Spatial Statistics to Identify Health Disparities. *International Journal of Health Geographics*. 2007; 6: 8-26.
- Mellor D, Merino M, Saiz, J, Quilaqueo D. Emotional Reactions, Coping and Long-term Consequences of Perceived Discrimination among the Mapuche of Chile. *JASP*, 2009; 19(6): 473-491.
- Tuhiwai L. *Decolonizing methodologies*. London: ZED Books; 1999.
- Máiz R. El indigenismo político en América latina. *Revista de Estudios políticos*. 2004; 123: 129-174
- Alarcón A. Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chile*. 2003; 131: 1061-65.
- Torri M. Intercultural health practices: towards an equal recognition between indigenous medicine and biomedicine? A case from Chile. *HCA*. 2012; 20: 31-49.
- Bolado P. Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungara*. 2012; 44 (1): 1354-144.
- MINSAL. Norma General Administrativa sobre interculturalidad en los SS. Santiago: Ministerio de Salud; 2006.
- Álvarez A. Práctica complementaria en salud y recuperación del conocimiento tradicional mapuche. *An Antrop*. 2007; 41: 143-172.
- Alarcón A. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud pública de México*. 2005; 47 (6): 440-7.
- Alarcón A, Astudillo P, Barros S, Rivas E. Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región. *Rev Med Chile*. 2004; 132: 1109-14.
- Burgos J, Mc Fall S, Quidel, J. Rume kagemew ta az mapu Epidemiología de la transgresión en Makewe-Pelale. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2lr2EuO>. Consultado en mayo de 2017.
- Ibache J, Chureo F, Mc Fal S, Quidel J. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. Washington: Sistemas y servicios de Salud OMS/OPS; 2001.
- Kraster A. El uso de sistema de salud tradicional en la población mapuche: comportamiento y percepción [Internet]. Disponible en: <http://www.mapuche.nl/>. Consultado en mayo de 2017.
- Oliva P, Buhning K. Investigación cualitativa y evidencia en salud: respuestas fundamentales para su comprensión. *Rev. Chil. Salud Pública*. 2011; 15 (3): 173-79.
- Cayul A. La burocratización de la salud intercultural en Chile. (Intenet). Disponible en: <http://bit.ly/2wzCZeO>. Consultado en mayo de 2017.
- Torri M. Multicultural social policy and community participation in health: new opportunities and challenges for indigenous people. *Int J Health Plann Manage*. 2012; 27 (1):8-40.
- Guzmán J. The Epistemics of Symptom Experience and Symptom Accounts in Mapuche Healing and Pediatric Primary Care in Southern Chile. *Journal of Linguistic Anthropology*. 2014; 24 (3): 249-276.
- Hasen F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*. 2012; xviii (3): 17-24.
- Aningstein M, López V. Medicina mapuche en la ciudad. Resignificaciones de la práctica médica mapuche en el siglo XXI. *Gazeta de Antro-*

- pología 26 [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2Z5H1ac>. Consultado en abril 2017.
27. Boccara G. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara*. 2007; 39 (2): 185-207.
 28. Pérez S, Cisternas H. Lecciones y reflexiones tras una década de salud intercultural en la Región Metropolitana. Santiago: SEREMI Salud Región Metropolitana; 2013.
 29. Meneses P, Millalen C, Bustos B. Sistematización de las experiencias de salud intercultural. Santiago: MINSAL; 2011.
 30. Lagos C. El mapudungun en Santiago de Chile. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*. 2012; 51 (1): 161-184.
 31. Ochoa G, Inalef R, Valenzuela A. Percepción de salud – enfermedad de usuarios indígenas urbanos adscritos al sistema público de salud. Santiago: SSMSO; 2012.
 32. Aliaga F. s/f. Epidemiología en Población Mapuche [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2KA9Pn4>. Consultado mayo 2017.